

Міністерство охорони здоров'я України

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

*На правах рукопису*

**Бойко Віталій Ярославович**

УДК 614.2:616-082-052:63:001.8

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ  
СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ОБЛАСТІ У ПЕРВИННІЙ ТА  
СПЕЦІАЛІЗОВАНІЙ (ВТОРИННІЙ) МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ**

14.02.03 – соціальна медицина

Дисертація на здобуття наукового  
ступеня кандидата медичних наук

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.  
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів має посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ В. Я.Бойко

Науковий керівник:  
Лазоришинець Василь Васильович,  
академік НАМН України,  
доктор медичних наук, професор

Київ-2019

## Анотація

**Бойко В. Я. Медико-соціальне обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії, кандидата медичних наук (за спеціальністю 14.02.03 „Соціальна медицина” (222 – Медицина).

Дисертація виконана в державній установі „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров’я України”. Київ, 2018.

Дисертація захищається в Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2019.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров’я – обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і їх виконання забезпечило досягнення мети дослідження. Обсяги дослідження були обрахованими і забезпечили отримання репрезентативних результатів.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала його реалізацію у шість організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов’язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об’єкту дослідження.

Наукова новизна полягає в тому, що вперше в Україні: системно представлено проблеми з забезпечення населення сільськогосподарської області доступною та якісною первинною та вторинною медичною допомогою з обґрунтуванням шляхів їх рішення та визначенням

обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в умовах реформування охорони здоров'я в медичній допомозі; проведено комплексну оцінку показників звернення населення Рівненської області за первинною, екстреною, амбулаторно-поліклінічною, стаціонарозамінною та стаціонарною медичною допомогою в залежності від типу поселення, статі, класу захворювання; розроблено методологію розрахунку потреби населення сільськогосподарської області в первинній, екстреній та вторинній (амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній) медичній допомозі; науково обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі та проведено її оцінку.

*Набув подальшого розвитку* аналіз медико-демографічної ситуації серед населення сільськогосподарської області на сучасному соціально-економічному етапі розвитку держави.

*Удосконалено* методичні підходи до формування мережі закладів охорони здоров'я в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню.

Комплексним медико-соціальним дослідженням обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) амбулаторно-поліклінічній медичній допомозі яка відповідає потребам населення і полягає в розширенні мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня та збільшення на 5,3 на 10 тис населення посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів з рівнем 10,4, забезпеченість сімейними медичними сестрами збільшується до показника 20,8, що становить 15,1 на 10 тис населення при усуненні посад медичних працівників терапевтичної дільничної служби та збереження посад лікарів-дільничних педіатрів. Для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної служби створюється мережа консультативних поліклінік та консультативно-діагностичних центрів. Обґрунтована потреба в забезпеченні лікарськими кадрами вказує на її зниження від існуючої на 3,56 на 10 тис населення з показником 13,74 на 10 тис населення. З коливаннями від існуючого показника за спеціальностями

як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

Також обґрунтована потреба в формуванні на вторинному рівні надання медичної допомоги 3 госпітальних округів з створенням лікарень інтенсивного лікування, як формуючої госпітальний округ лікарні з часом поїзду в межах терапевтичного вікна. При цьому потреба в ліжках інтенсивної терапії зростає в 3,9 разів і складає 760 госпітальних ліжок при забезпеченості ними населення з розрахунку 6,7 на 10 тис. Обґрунтована потреба у відкритті 380 ліжок відновного лікування при показнику забезпеченості ними населення – 3,4. Загальна потреба в госпітальних ліжках скорочується на 10,1%. Обраховані показники забезпеченості лікарняними ліжками в розрізі спеціальностей коливається від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

Запропонована модель впроваджується в області, позитивно оцінена незалежними експертами (9,5 балів із 10 можливих) та рекомендується до впровадження в систему охорони здоров'я України.

**Ключові слова:** сільськогосподарська область, населення, первинна медична допомога, спеціалізована медична допомога, потреба, обґрунтування.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1. Бойко В. Я. Показники діяльності дитячої обласної лікарні (на прикладі Рівненської області) // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 75–77.

2. Шевченко М. В. Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування) керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їх заступників / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, В. Я. Бойко // Вісник соц.

гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 34–38  
*(Дисертантові проведення соціологічного дослідження, обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

3. Медико-генетична допомога населенню Рівненської області: регіональні особливості та перспективи в умовах реформування медичної галузі / В. Я. Бойко, В. Б. Лепеха, М. С. Пасічник [та ін.] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С.35–39. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

4. Бойко В. Я. Вивчення думки населення щодо надання медичної допомоги у Рівненській області (за даними соціологічного дослідження) / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації – 2012. – № 4 (24). – С.107–111 *(Дисертантові належить ідея написання статті, проведення соціологічного дослідження, обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

5. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64 *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір, аналіз літературних даних, написання статті, формування висновків).*

6. Бойко В.Я. Аналіз звернень населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою/В.Я. Бойко// Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 36-43

7. Бойко В.Я. Характеристика поширеності хвороб серед населення Рівненської області/ В.Я. Бойко// Intermedical journal, 2015. 3(5) – С. 22–25

8. Бойко В.Я. Концептуальні підходи до реформування системи охорони здоров'я Рівненської області/ В.В.Лазоришенець, В.Я. Бойко// Економіка і право охорони здоров'я. 2018. -№1. – С.65-71 *(Дисертантові*

*належить збір, аналіз і обробка матеріалу, формування концептуальних підходів, написання статті ).*

9. Бойко В. Я. Аналітичний огляд регіональних особливостей стану здоров'я населення та санітарно-епідемічної ситуації. Рівненська область / В. Я. Бойко, Ф.П.Ринда // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік / за ред. О.В.Аніщенко – К., 2011. – С.343-352 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання розділу, формування висновків).*

10. Бойко В. Я. Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Рівненська область / В. Я. Бойко, Ф.П.Ринда // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік / за ред. О.В.Аніщенко. – К., 2011. С.429-439 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання розділу, формування висновків).*

11. Бойко В. Я. Аналітичний огляд регіональних особливостей стану здоров'я населення та санітарно-епідемічної ситуації. Рівненська область / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 342–352 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання розділу, формування висновків).*

12. Здоров'я населення Рівненщини та організація медичної допомоги (за даними управлінського аудиту). 2011 : [монографія] / Г. О. Слабкий, В. Я. Бойко, М. В. Шевченко [та ін.]. – Рівне., 2011. – 141 с. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання окремих розділів, формування висновків).*

13. Кондратюк Н. Ю. Розвиток вторинної медичної допомоги / Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська, В. Я. Бойко // Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання. – К., 2014. – С. 25–27. *(Дисертантові належить збір та аналіз матеріалу, написання розділу).*

**Опубліковані наукові праці апробаційного характеру**

14. Підходи до визначення обсягу та вартості медичних послуг по різних рівнях надання допомоги / М. В. Шевченко, М. М. Максимчук, М. Г. Вовк, [О. О. Заглада, В. Я. Бойко] // Історія утворення і становлення товариства київських лікарів (до 170-ї річниці його утворення) : матеріали Всеукр. наук.- практ. конф. – К., 2010. – С. 175–177

15. Медико-етичні питання надання медичної допомоги пацієнтам із розладами психіки і поведінки сімейними лікарями / Н. П. Кризина, В. Я. Бойко, В. Г. Шпак [та ін.] // Сімейна медицина (спецвипуск). – 2011. – № 3 : тези доп. III з'їзду сімейних лікарів, м. Дніпропетровськ, 19–21.10. 2011 р. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 141.

16. Постаріння населення як один із чинників запровадження нових підходів до організації медичного обслуговування / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко, О. А. Мендрік, [Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 1 (17) ; Старіння та здоров'я : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р, м. Київ, 5–6.04. 2012 р. : тези доп. – К., 2012. – С. 143–144.

17. Бойко В. Я. Аналіз обсягів надання населенню різних видів медичної допомоги (на прикладі Рівненської області)/ В. Я. Бойко, М. В. Шевченко // Східноєвроп. журн. громад.здоров'я. – 2012. – Спец. вип. : Матеріали V з'їзду спеціалістів з соц. медицини та організаторів охорони здоров'я України, м. Житомир, 11–12.10. 2012 р. : тези доп. – К.. 2012. – С. 9

18. Бойко В. Я. Обґрунтування рівнів споживання медичної допомоги населенням (світовий досвід) / В. Я. Бойко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31.05. 2013 р. : тези доп. – С. 4–8.

19. Бойко В. Я. Підходи до організації та планування медичної допомоги відповідно до потреб населення / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання

оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31.05. 2013 р. : тези доп. – С. 8–12.

20. Бойко В.Я. Економічні втрати Рівненської області внаслідок хвороб дорослого населення/ В.Я. Бойко// Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 : тези доп. наук.-практ. конф. «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», м. Київ, 24–25.10. 2013 р. – Київ, 2013. – С.120-121.

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи*

21. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / уклад. : Г. О. Слабкий, В. П. Лисак, В. Я. Бойко [ та інш.] – К., 2010 – 28с.

22. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги : метод. рекомендації / уклад. : Г.О. Слабкий, В.П. Лисак, В. Я. Бойко [та інш.] – К., 2010. – 24с.

23. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги : метод. рекомендації / уклад. : Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, В. Я. Бойко [та інш.] – К., 2010. – 24 с.

24. Методологія розрахунку потреб населення у медичній допомозі. Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, В. Я.Бойко [та інш.] // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. № 374/37/12. – 2012.

25. Механізми розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, В. Я. Бойко [та інш.] // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 375/37/12. – 2012.



## Summary

**Boiko V.Ya. Medico-social justification of the need of agricultural area population in primary and specialized (secondary) medical care - Qualifying scientific work on the wrights of manuscript.**

Thesis for the degree of doctor of philosophy, candidate of medical sciences (specialty 14.02.03 “Social medicine” (222 – Health care).

Thesis performed at the “Ukrainian Institute of Strategic Research of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, 2018.

The thesis is defended at Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2019.

The thesis is devoted to the decision of actual scientific and practical task of health care that is the justification of the need of agricultural area population in primary and specialized medical care.

Research objectives were comprehensive and directed to achieving the formulated goal. They were based on a systematic approach and their implementation provided the goal of research. Volumes were calculated and ensured the obtaining of representative results.

Achieving the goal of research required the development of special program, which provided its implementation in six organizational stages with applying the adequate methods. Interrelated tasks were performed at each of stages that gave possibility to provide systematic approach in the conduct of research and to obtain representative results for the estimation of the object of study.

The scientific novelty consists in the fact that for the first time in Ukraine: the problems of providing agricultural area population with accessible and qualified primary and secondary medical care are systematically described with justification of the ways of their solution and definition of well-founded needs of agricultural area population in medical care in the conditions of reforming the health care system; comprehensive assessment of indicators of the Rivne region population appeal for primary, urgent, outpatient, stationary substituting and inpatient medical care depending on the type of settlement, sex, class of diseases was performed; methodology for calculating the needs of agricultural area

population in the primary, urgent and secondary (outpatient, inpatient) medical care; the need of agricultural area population in primary and specialized (secondary) medical care was scientifically justified and its assessment was conducted.

The analysis of medico-demographic situation among the population of agricultural area on the modern socio-economic stage of development of the State *gained further elaboration.*

Methodological approaches to the formation of a network of health care institutions in terms of reforming the system of providing health care to the population *were improved.*

Comprehensive medical-and-social research justified the need of agricultural area population in primary and specialized (secondary) outpatient medical care that meets the needs of the population and lies in expanding the network of primary level healthcare institutions and the increase of 5.3 per 10 thousand of population of general practitioners-family doctors posts with 10.4 level, provision of family nurses increases to 20.8, which is 15.1 per 10 thousand of population at the elimination of medical posts of local therapeutic service and saving the posts of local pediatricians. For the provision of specialized outpatient services the network of consultative polyclinics and consultative-diagnostic centers is created. The justified need for medical personnel indicates its decrease from existing to 3.56 per 10 thousand of population with the index 13.74 per 10 000 of population; with the fluctuations from the existing index in specialties in the direction of both increase and decrease in the side.

The need for the formation of three hospital districts on the secondary level of medical care with the establishment of intensive treatment hospitals is also justified as the district forming hospital in time directions within the therapeutic window. The demand for intensive care beds is growing at 3.9 times and amounts to 760 hospital beds while providing them the population of 6.7 per 10 thousands. The demand for the opening of 380 beds for rehabilitation treatment when their provision index equals to 3.4 is substantiated. The total need for hospital beds is

reduced to 10.1%. Indicators of provision with hospital beds calculated in different specialties ranges from existing one in the directions of both increase and decrease.

The model proposed is being implemented in the region, is positively assessed by independent experts (9.5 out of 10 possible points) and is recommended for the introduction in the system of health care in Ukraine.

**Key words:** agricultural area, population, primary medical care, specialized medical care, need, justification.

## LIST OF PERSONAL WORKS ON THE SUBJECT OF DISSERTATION

*Published scientific papers, containing the main scientific results of dissertation*

1. Boiko V.Ya. Pokaznyky diyalnosti dytiachoyi oblasnoyi likarni (na prykladi Rivnenskoyi oblasti) // Ukraina. Zdorovia natsii. – 2010. – № 2 (14). – P. 75–77.

2. Shevchenko M.V. Stavlennya do provedennya strukturnykh reform v okhoroni zdorovia ta zaprovadzhennia medychnoho strahuvannia (za danymy sotsiolohichnoho opytuvannia) kerivnykiv oblasnykh, miskykh, raionnykh upravlin ohorony zdorovia, holovnykh likariv zakladiv ohorony zdorovia ta yikh zastupnykiv/ M.V.Shevchenko, Zaslada O. O., V.Ya. Boiko // Visnyk sots. higieny ta orhanizatsii ohorony zdorovia Ukrainy. – 2011. – № 2. – P. 34–38 (*Candidate for degree conducted sociological research, processing of materials, composing the article and formulating of conclusions*).

3. Medyko-henetychna dopomoha naseleunnyu Rivnenskoyi oblasti: rehionalni osoblyvosti ta perspektyvy v umovah reformuvannia medychnoyi haluzi/ V.Ya. Boiko, V.B. Lepeha, M.S. Pasichnyk [ta in.] // Shidnoeurop. zhurn. hromad. zdorovia. – 2012. – № 2–3 (18–19). – P.35–39. (*Candidate for a degree conducted collection, analysis and processing of materials, composing the article and formulation of conclusions*).

4. Boiko V.Ya. Vyvchennia dumky naselennia shchodo nadannia medychnoyi dopomohy u Rivnenskiy oblasti (za danymy sotsiolohichnoho

doslidzhennia/ V.Ya. Boiko, O. O. Doroshenko, M.V.Shevchenko // Ukraina. Zdorovia natsii – 2012. – № 4 (24). – С.107–111(*The idea of the article belongs to the candidate for degree together with conducting of sociological study, processing of materials, composing the article and formulation of conclusions*).

5. Napriamy udoskonalennia systemy finansovo-ekonomichnyh vidnosyn ohorony zdorovia (analitychniy ohliad naukovoyi literatury) / M.V.Shevchenko, O. O. Zaglada, L. A. Karamzina, V.Ya. Boiko // Visnyk sots. higieny ta orhanizatsii ohorony zdorovia Ukrainy.– 2010. – № 4. – P. 58–64 (*The idea of the article, collection and analysis of literary data, composing the article, formulation of conclusions belong to the candidate for degree*).

6. Boiko V.Ya. Analiz zvernenn naselennia Rivnenskoyi oblasti za ambulatorno-poliklinichnoyu medychnoyu dopomohoyu / V.Ya. Boiko // Visnyk sots. higieny ta orhanizatsii ohorony zdorovia Ukrainy. – 2013. – № 4. – P. 36-43

7. Boiko V.Ya. Kharakterystyka poshyrenosti khvorob sered naselennia Rivnenskoyi oblasti / V.Ya. Boiko // Intermedical journal, 2015. 3(5) – P. 22–25

8. Boiko V.Ya. Konceptualni pidhody do reformuvannia systemy ohorony zdorovia Rivnenskoyi oblasti / V.V. Lazoryshynets, V.Ya. Boiko // Ekonomika i pravo ohorony zdorovia. 2018. -№1. – P.65-71(*Candidate for degree conducted collection, analysis and processing of materials, formulated conceptual approaches, wrote the article*).

9. Boiko V.Ya. Analitychniy ohliad regionalnyh osoblyvostey stanu zdorovia naselennia ta sanitarno-epidemichnoyi sytuatsii. Rivnenska oblast/V.Ya. Boiko, F.P.Rynda // Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu. 2010 rik / za red. O.V.Anishchenka – K., 2011. – P.343-352 (*Candidate for degree conducted collection, analysis and processing of materials, wrote the chapter of the work, formulated conclusions*).

10. Boiko V.Ya. Analitychniy ohliad rozbudovy regionalnyh system ohorony zdorovia. Rivnenska oblast / V.Ya. Boiko, F.P.Rynda // Shchorichna dopovid pro rezultyty dialnosti systemy ohorony zdorovia Ukrainy. 2010 rik / za

red. O.V. Anishchenka. – K., 2011. P. 429-439 (*Candidate for degree conducted collection, analysis and processing of materials, wrote the chapter of the work, formulated conclusions*).

11. Boiko V.Ya. Analitychniy ohliad regionalnyh osoblyvostey stanu zdorovia naseleння ta sanitarno-epidemichnoyi sytuatsii. Rivnenska oblast /V.Ya. Boiko, O. O. Doroshenko // Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleння Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu. 2011 rik / za red. R.V. Bohatyriovoyi. – K., 2012. – P. 342–352 (*Candidate for degree conducted collection, analysis and processing of materials, wrote the chapter of the work, formulated conclusions*).

12. Zdorovia naseleння Rivnenshchyny ta organizatsiya medychnoyi dopomohy (za danymy upravlynskoho audytu). 2011 : [monografiya] / G. O. Slabkiy, V.Ya. Boiko, M.V.Shevchenko [ta in.]. – Rivne., 2011. – 141 p. (*Candidate for degree conducted collection, analysis and processing of materials, wrote some chapters of the work, formulated conclusions*).

13. Kondratiuk N.Yu. Rozvytok vtorynnoyi medychnoyi dopomohy / N.Yu. Kondratiuk, O. M. Torzhevska, V.Ya. Boiko // Ohorona zdorovia Ukrainy: stan, problem, perspektyvy: spetsializovane vydannia – K., 2014. – P. 25–27. (*Candidate for degree conducted collection and analysis of materials, wrote the chapter of the work*).

### **Published approbatory papers**

14. Pidhody do vyznachennia obsiahu ta vartosti medychnyh posluh po riznyh rivniah nadannia dopomohy /M.V.Shevchenko, M. M. Maksymchuk, M.G. Vovk, [O. O. Zaglada, V.Ya. Boiko] // Istoria utvorennia i stanovlennia tovarystva kiyvskyh likariv (do 170-I richnytsi yoho utvorennia): materialy Vseukr. nauk.- prakt. konf. – K., 2010. – P. 175–177

15. Medyko-etychni pytannia nadannia medychnoyi dopomohy patsientam iz rozladamy psyhiky i povedinky simeinymy likariamy / N.P. Kryzyna, V.Ya. Boiko, V.G. Shpak [ta in.] // Simeyna medicina (spetsvypusk). – 2011. – №

3 : tezy dop. III zyzdu simeinyh likariv, m. Dnipropetrovsk, 19–21.10. 2011 p. – Dnipropetrovsk, 2011. – P. 141.

16. Postarinnia neselelnia yak odyz iz chynnykiv zaprovadzhennia novykh pidhodiv do organizatsii medychnoho obsluhovuvannia / O. O. Doroshenko, M.V.Shevchenko, O. A. Mendrik, [L. A. Karamzina, V.Ya. Boiko] // Shidnoeurop. zhurn. hromad. zdorovia. – 2012. – № 1 (17); Starinnia ta zdorovia: materialy mizhnar. nauk.-prakt. konf., prysviachenoyi Vsesvitniomu dnyu zdorovia 2012 r., m. Kiyv, 5–6.04. 2012 r. : tezy dop. – K., 2012. – P. 143–144.

17. Boiko V.Ya. Analiz ovsiakhiv nadannia naselelniu riznykh vydiv medychnoyi dopomohy (na prykladi Rivnenskoyi oblasti)/ V.Ya. Boiko, M.V.Shevchenko // Shidnoeurop. zhurn. hromad. zdorovia.– 2012. – Spets. vyp.: Materialy V zyzdu spetsialistiv z sots. medicyny ta organizatoriv ohorony zdorovia Ukrainy, m. Zhitomir, 11–12.10. 2012 r.: tezy dop. – K., 2012. – P. 9

18. Boiko V.Ya. Ovgruntuvannia rivniv spozhyvannia medychnoyi dopomohy naselelniam (svitoviy dosvid) / V.Ya. Boiko // Aktualni pytannia formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia ta vykorystannia ozdorovchykh tehnologiy: materialy mizhnar. nauk.-prakt. konf., m. Kherson, 30–31.05. 2013 r. : tezy dop. – P. 4–8.

19. Boiko V.Ya. Pidhody do organizatsii planuvannia medychnoyi dopomohy vidpovidno do potreb naselelnia / V.Ya. Boiko, O. O. Doroshenko // Aktualni pytannia formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia ta vykorystannia ozdorovchykh tehnologiy: materialy mizhnar. nauk.-prakt. konf., m. Kherson, 30–31.05. 2013 r. : tezy dop. – P. 8–12.

20. Boiko V.Ya. Ekonomichni vtraty Rivnenskoyi oblasti vnaslidok hvorob dorosloho naselelnia / V.Ya. Boiko // Ukraina. Zdorovia natsii. – 2013. – № 4: tezy dop. nauk.-prakt. konf. “Mediko-sotsialni pytannia u reformuvanni sfery ohorony zdorovia”, m. Kyiv, 24–25.10. 2013 r. – Kyiv, 2013. – P120-121.

#### **Published works, which additionally reflect scientific results of the research**

21. Metodychni rekomendatsii stosovno rozrobky mistsevymy organamy vykonavchoyi vlady ta organamy mistsevoho samovriaduvannia planiv zahodiv

shchodo spetsializatsii zakladiv ohorony zdorovia, optymizatsii yih merezhi ta stvorennia obiednan' takyh zakladiv, zokrema mizhraionnyh / uklad. : G. O. Slabkiy,

V.P. Lysak, V.Ya. Boiko [ta in.] – K., 2010 – 28p.

22. Poriadok napravlennia patsientiv do zakladiv ohorony zdorovia riznyh rivniv nadannia medychnoyi dopomohy: metod. rekomendatsii/ uklad.: G. O. Slabkiy, V.P. Lysak, V.Ya. Boiko [ta in.] – K., 2010. – 24p.

23. Kryterii klasyfikatsii zakladiv ohorony zdorovia za rivniamy nadannia medychnoyi dopomohy: metod. Rekomendatsii / uklad.: G. O. Slabkiy, V. M. Lehan, V.Ya. Boiko [ta in.] – K., 2010. – 24 p.

24. Metodologia rozrahunku potreb naselennia u medychniy dopomozi. G. O. Slabkiy, V. M. Lehan, V.Ya. Boiko [ta in.] // Reiestr haluzevyh novovveden. – Vyp. № 374/37/12. – 2012.

25. Mehanizm rozmezhuvannia medychnoyi dopomohy mizh pervynnym, vtorynnym ta tretynnym rivniamy medychnoyi dopomohy/ G. O. Slabkiy, V. M. Lehan, V.Ya. Boiko [ta in.] // Reiestr haluzevyh novovveden. – Vyp. 375/37/12. – 2012.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ВИХОДЯЧИ З ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ (аналітичний огляд наукової літератури)	30
1.1. Пріоритетні напрями вдосконалення вітчизняної охорони здоров'я	30
1.2. Методика планування медичної допомоги, виходячи з потреб населення	39
Необхідність проведення подальших досліджень	47
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЕКОНОМІЧНИХ ВИТРАТ НА РІВНІ ОБЛАСТІ В НАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ	61
3.1. Характеристика населення Рівненської області станом на кінець 2013 року	61
3.2. Аналіз захворюваності дорослого населення за класами хвороб у відповідності МКХ-10 за період 2009-2013 рр.	62
3.3. Аналіз захворюваності дитячого населення за класами хвороб у відповідності з МКХ-10 за період 2009-2013 рр.	67
3.4. Характеристика поширеності хвороб серед дорослого населення за класами хвороб в період 2009-2013 рр.	70
3.5. Характеристика поширеності хвороб серед дитячого населення за класами захворювань за період 2009-2013 рр.	73
3.6. Аналіз смертності населення Рівненської області в період 2009-2013 рр	75
3.7. Аналіз первинного виходу на інвалідність населення Рівненської області	83
3.8. Економічні втрати Рівненської області в наслідок хвороб дорослого населення	84
Висновки за розділом	85
Розділ 4. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЇХ	88



РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ	
4.1. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я в яких надається ПМСД	88
4.2. Характеристика амбулаторно-поліклінічної вторинної медичної допомоги	96
4.3. Характеристика стаціонарної вторинної медичної допомоги	100
4.4. Характеристика акушерсько-гінекологічної медичної допомоги вторинного рівня	114
4.5. Характеристика екстренної медичної допомоги	118
4.6. Характеристика діагностичної медичної допомоги	119
Висновки за розділом	120
Розділ 5. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗВЕРНЕННЯ НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ОЦІНКИ НИМ ПОТРЕБ У МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ	122
5.1. Аналіз основних загальних показників звернень населення за медичною допомогою	122
5.2.Зверненість населення Рівненської області за швидкою медичною допомогою	126
5.3.Зверненість населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною допомогою	142
5.4. Зверненість населення Рівненської області за стаціонарною допомогою	155
5.5. Зверненість населення Рівненської області за стаціонарно-замінною допомогою	158
5.6.Результати соціологічного дослідження серед населення	168
Висновки за розділом	174
Розділ 6. Обґрунтування потреби населення населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі	179
6.1. Методологія розрахунку потреби населення у медичній допомозі	179
6.2. Потреба населення в первинній медико-санітарній допомозі	187
6.3 Потреба населення у амбулаторно-поліклінічній спеціалізованій медичній допомозі вторинного рівня	189
6.4. Потреба населення сільськогосподарської області у стаціонарних формах медичної допомоги	193

6.5. Потреба населення сільськогосподарської області в стаціонарній медичній допомозі вторинного рівня	194
6.6. Впровадження обгрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі	198
6.7. Експертна оцінка обгрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі	201
Висновки за розділом	202
ВИСНОВКИ	204
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	210
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ	211
ДОДАТКИ	229



**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АЗПСМ	амбулаторія загальної практики –сімейної медицини
ГО	госпітальний округ
ДЛ	дільнична лікарня
ЕМД	екстренна медична допомога
КДЦ	консультативно діагностичний центр
ЛЗП-СЛ	лікар загальної практики-сімейний лікар
МКХ	міжнародна класифікація хвороб
ОДА	обласна державна адміністрація
ОЗ	охорона здоров'я
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
РЛ	районна лікарня
УОЗО	управління охороною здоров'я
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	центральна районна лікарня

## Вступ

**Актуальність теми.** В Україні, у відповідності рекомендацій ВООЗ до систем охорони здоров'я [1-3], проводиться комплексна реформа системи охорони здоров'я населення [4 - 6] скерована на забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню [7-9].

Стратегічною основою реформи є впровадження державних гарантій безоплатної медичної допомоги [10], якісно нової системи фінансування охорони здоров'я [11] та структурної перебудови галузі [12].

Пріоритетним в реформі охорони здоров'я є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [13] з досягненням такого рівня, коли до 80% медичних проблем населення буде вирішувати лікар загальної практики-сімейний лікар [14].

Спеціалізована медична допомога має забезпечити надання доступної та якісної медичної допомоги пацієнтам з її структуризацією в залежності від інтенсивності лікувального процесу [15], що передбачено досягти шляхом створення госпітальних округів [16] та формуванням лікарень інтенсивного лікування [17].

Враховуючи, що в Україні 53% загальної чисельності складає сільське населення [18] питання забезпечення населення сільськогосподарських регіонів доступною та якісною медичною допомогою в ході реформування галузі є надзвичайно актуальним.

В Україні комплексних досліджень з обґрунтування потреби населення сільськогосподарського регіону не проводилося, що і зумовило актуальність дослідження та його мету і завдання.

Актуальність теми дисертаційного дослідження підсилюється необхідністю виконання Закону України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” [19].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.**

Дисертаційна робота є фрагментом НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», № держреєстрації: 0115U002852, термін виконання: 2015-2017 рр. яка виконувалася в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, де дисертант був виконавцем окремих фрагментів роботи.

**Мета роботи:** науково обґрунтувати потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі в умовах реформування системи надання медичної допомоги в країні.

*Завдання дослідження*, обумовлені поставленою метою, передбачали:

Провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо обґрунтування потреби населення у медичній допомозі.

Розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження.

Вивчити та провести аналіз медико-демографічної ситуації в Рівненській області: рівень захворюваності та поширеності хвороб, первинного виходу на інвалідність та смертність.

4. Вивчити та провести аналіз характеристики закладів охорони здоров'я Рівненської області, в яких надається первинна та вторинна медична допомога, стан їх ресурсного забезпечення і основні показники діяльності з визначенням проблемних питань на кожному рівні та етапі медичної допомоги.

5. Оцінити показники звернення населення Рівненської області за первинною, екстреною, амбулаторно-поліклінічною, стаціонарозамінною та стаціонарною медичною допомогою в залежності від типа поселення, статті, класу захворювання.

6. Вивчити ставлення населення до проблем організації медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинної та вторинної медичної допомоги в Рівненській області та реформування системи охорони здоров'я.

7. Розробити методологію розрахунку потреби населення сільськогосподарської області в первинній, екстреній та вторинній (амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній) медичній допомозі.

8. Науково обґрунтувати потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій медичній допомозі і провести її експертну оцінку.

**Об'єкт дослідження:** система медичної допомоги дорослому населенню Рівненської області в закладах охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

**Предмет дослідження:** мережа закладів охорони здоров'я, ресурсне забезпечення, організація надання медичної допомоги та основні показники діяльності за рівнями та видами надання медичної допомоги.

*База наукового дослідження:* заклади охорони здоров'я Рівненської області, в тому числі: 18 центрів ПМСД до структури яких входить 154 лікарських амбулаторій загальної практики/сімейної медицини та 623 ФАП, в яких надається ПМСД, 64 ЗОЗ, в яких надається вторинна медична допомога.

Дослідження проводилося впродовж 2006-2016 років.

Дослідження проводилося в два етапи:

-перший етап 2006-2013 роки: вивчення існуючої ситуації, проведення розрахунків та формування пропозицій;

-другий етап 2014-2016 роки: впровадження отриманих результатів в систему охорони здоров'я області.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

1) *системного аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем організації медичної допомоги в закладах охорони здоров'я

первинної та спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги дорослому населенню та обґрунтування потреби дорослого населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі;

2) *бібліосемантичний* – для вивчення існуючих підходів до обґрунтування потреби населення в медичній допомозі при її реформуванні;

3) *соціологічний* – для дослідження проблем організації медичної допомоги населенню сільськогосподарської області;

4) *медико-статистичний* – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації;

5) *графічний* – для наглядного представлення результатів дослідження;

6) *експертних оцінок* – для оцінки розрахованої потреби населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі;

7) *організаційного експерименту* – для апробації окремих елементів обґрунтованих інновацій.

**Наукова новизна** роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено проблеми з забезпечення населення сільськогосподарської області доступною та якісною первинною та вторинною медичною допомогою з обґрунтуванням шляхів їх рішення та визначенням обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в умовах реформування охорони здоров'я в медичній допомозі;

- проведено комплексну оцінку показників звернення населення Рівненської області за первинною, екстреною, амбулаторно-поліклінічною, стаціонаророзамінною та стаціонарною медичною допомогою в залежності від типу поселення, статі, класу захворювання;

- розроблено методологію розрахунку потреби населення сільськогосподарської області в первинній, екстреній та вторинній (амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній) медичній допомозі;

- науково обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі та проведено її оцінку.



*Набув подальшого розвитку* аналіз медико-демографічної ситуації серед населення сільськогосподарської області на сучасному соціально-економічному етапі розвитку держави.

*Удосконалено* методичні підходи до формування мережі закладів охорони здоров'я в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню.

**Теоретичне значення** отриманих результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління, а саме ґрунтування потреби населення сільськогосподарської області в умовах реформування охорони здоров'я в медичній допомозі.

**Практичне значення** отриманих результатів полягає в обґрунтуванні потреби населення в медичній допомозі, що визначено розробкою Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі.

*Впровадження результатів* дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на державному, галузевому та регіональному рівнях.

**На державному рівні** результати дослідження використані при підготовці:

- Закону України" Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" від 7 липня 2011 року N 3611-VI;

- Постанови КМУ «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» від 20 травня 2013 р. № 395.

**На галузевому рівні** матеріали дослідження були використані при розробці наказів МОЗ України:

- від 31.10.2011 № 735 "Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування";

- від 31.10.2011 № 732 “Про затвердження положень про заклади охорони здоров’я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів”;

- від 31.10.2011 № 736 "Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування”;

- від 15.07.2011 №420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі”;

- від 05.10.2011 № 646 “Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров’я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров’я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров’я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги”;

- від 30.12.2011 №1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров’я»;

- від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»;

- від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

Розроблені методичні рекомендації, які рекомендовані проблемною комісією МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» та затвердженні МОЗ України:

Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних// Київ, 2010. – 28с.

Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги. Методичні рекомендації// Київ, 2010 – 24с.

Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації// Київ, 2010 – 24с.

Розроблені галузеві нововведення, які затверджені проблемною комісією МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина»:

Методологія розрахунку потреб населення у медичній допомозі. Реєстр галузевих нововведень. № 374/37/12

Механізми розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги. Реєстр галузевих нововведень. № 375/37/12.

***На регіональному рівні*** матеріали дослідження були використані при підготовці

*рішень Рівненської обласної ради:* від 14 травня 2010 року №1604 «Про заходи щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я»; від 30.12.210 року №85 "Про заходи щодо оптимізації ліжкового фонду закладів охорони здоров'я";

*розпоряджень голови Рівненської обласної держадміністрації :* від 20.07.2010 № 318 "Про обласну Програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню до 2011 року " ; від 30 червня 2010 №269 "Про заходи щодо поліпшення надання невідкладної (ургентної) медичної допомоги"; - від 08.12.2010 №436/01-61/10 Доручення першого заступника голови обласної державної адміністрації щодо реалізації положень статті 89 Бюджетного кодексу України при реформуванні системи охорони здоров'я ; від 6 квітня 2012 № 169 « Про заходи з організації виконання в області

Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки» в частині реформи медичного обслуговування; від 17.04.2012р № 120/01-60/12 доручення голови обласної державної адміністрації щодо реформування галузі охорони здоров'я Рівненської області у 2012 році; від 28.03.2013 року № 165 « Про заходи з організації виконання в області Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки» в частині реформи медичного обслуговування ; від 10.06.2013 №315 "Про концепцію реформування галузі охорони здоров'я Рівненської області на 2013 – 2014 роки; нормативних документів управління охорони здоров'я облдержадміністрації: від 02.09. 2010 року «Плану-графіку поетапного реформування галузі охорони здоров'я Рівненської області на 2011-2014 рр.»; від 14.01. 2011 регіональної «Дорожньої карти» реформування системи охорони здоров'я на 2011-2012 роки.

**Особистий внесок автора.** Автором самостійно визначено мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи та обраховано обсяги досліджень для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження; розроблені комп'ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів; науково обґрунтовано і розроблено методологію розрахунку потреб населення у медичній допомозі та з використанням даної методології проведено розрахунки потреби населення у первинній та вторинній медичній допомозі проведена її експертна оцінка, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

**Апробація роботи.** Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на:

*-міжнародних конференціях:* Міжнародна науково-практична конференція, присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2012р. “Старіння та здоров'я”, м. Київ, 5–6 квітня 2012 р.; Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня», Київ, 29–30 вересня 2011 р.; Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій”, Херсон, 30–31 травня 2013 р. ;

*-національних з'їздах та конференціях:* III з'їзд сімейних лікарів, м. Дніпропетровськ, 19–21 жовтня 2011 р.; Всеукраїнська науково-практична конференція «Історія утворення і становлення товариства київських лікарів (до 170-ї річниці його утворення)» Київ, 2010; «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», Київ, 24–25 жовтня 2013 р.; «Медичний потенціал держави – важлива складова національної безпеки України. Науково-організаційні аспекти його формування та розвитку в умовах проведення антитерористичної операції», - Київ, 2016 р.

**Публікації.** Матеріали дисертації знайшли відображення в 25 наукових працях в тому числі 8 статтях у наукових виданнях, затверджених ДАК України (за кордоном – 1, одноосібних - 3 ), 1 монографія, 3 розділах монографій, 7 інших наукових працях, 3 методичних рекомендаціях та 2 галузевих нововведеннях.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертацію викладено на 272 сторінках друкованого тексту із них 150 сторінок власного тексту. Робота складається із вступу, огляду наукової літератури, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 52 таблицями, 26 рисунками, має 15 додатків. Список використаної літератури містить 153 наукових джерела, у тому числі 25 іноземних авторів.

**РОЗДІЛ І****ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ, ВИХОДЯЧИ З ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ  
(АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)****1.1.Пріоритетні напрями вдосконалення вітчизняної охорони  
здоров'я**

Рівень здоров'я населення країни значно впливає на процеси і результати її економічного, соціального та культурного розвитку, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства [20-22].

Аналіз сучасного стану громадського здоров'я в Україні свідчать про негативні тенденції в тріаді статистичних показників, а саме: показниках відтворення населення (медико-демографічні дані); показниках розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність) [23] . При цьому чинниками цих негативних тенденцій в Україні є всі основні детермінанти здоров'я, на які вказують експерти ВООЗ, а саме: соціально-економічне становище в країні, стан довкілля, якість харчування та питної води, зростаюче розшарування населення за рівнем доходів, наявна організація надання медичної допомоги тощо [24,25].

Президентом України у своєму щорічному Посланні до Верховної Ради України зазначалося, що українська система охорони здоров'я не здатна задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість і своєчасність надання медичної допомоги та послуг з охорони здоров'я, забезпечити належний рівень профілактики захворюваності, смертності тощо[26].

Метою модернізації системи охорони здоров'я є підвищення якості та доступності медичної допомоги для забезпечення гарантій держави в сфері охорони здоров'я та їх оптимального фінансового забезпечення [27]. Залежність обсягів медичної допомоги від обсягів фінансування не є лінійною, витрати стаціонарів на лікування хворих, як правило, не співпадають із обсягами коштів, отриманих за лікування. На думку окремих дослідників обсяг фінансування не є провідним фактором, який визначає обсяги медичної допомоги [28].

Україна порівняно з іншими країнами світу за кількістю госпіталізованих до стаціонару на 100 жителів посідає останнє місце. Однією з причин може бути необґрунтована госпіталізація до ЛПЗ. Необґрунтована госпіталізація до стаціонарів становить 32%, тобто одну третину від усієї госпіталізації, а це впливає на показники кількості днів роботи ліжка, середнього перебування хворого на ліжку, госпіталізації хворих, а також динаміку забезпеченості стаціонарними ліжками[29-31].

Створення гнучких і ефективних систем управління ресурсами закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) диктує необхідність розробки нових методологічних підходів до організації збору, обробки, аналізу даних про обсяги медичної допомоги, ресурсних і трудових затратах на його рівні. Окремі питання, які стосувалися вивчення аналізу структури і кількісних показників динаміки обсягів позалікарняної медичної допомоги населенню на базі муніципальних закладів (денні стаціонари, амбулаторно-поліклінічна допомога), показали, що основним напрямком реформування муніципальної системи охорони здоров'я є не скорочення ліжкового фонду, а реструктуризація обсягів медичної допомоги на основі даних клініко-економічного аналізу надання медичної допомоги і необхідних для її надання ресурсних і трудових затрат персоналу [32].

Вивченню реальних потреб населення в медичній допомозі має передувати попереднє дослідження стану здоров'я населення, оцінка організаційних основ та особливостей надання різних видів медичної

допомоги. Крім того, потреби в медичній допомозі залежать від багатьох факторів [33]. Найчастіше використовують віко-статеву структуру населення, тому що від статті та віку залежить ресурсне забезпечення надання медичної допомоги, зокрема, для дітей і осіб старших вікових груп встановлюються більш високі коефіцієнти [34]. Крім цього, на рівень потреб у медичній допомозі впливають і інші фактори – показники, які характеризують стан здоров'я населення і доступність медичної допомоги, у т.ч. високоспеціалізованої, рівень санітарно-епідеміологічного благополуччя, екологічна обстановка [35].

Проблеми з якістю та доступністю медичної допомоги населенню, особливо сільським жителям актуальні не тільки для України. За даними самооцінки рівня доступності окремих видів медичної допомоги були проблеми з доступністю послуг лікарів – у 44% домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не отримав медичну допомогу (десята частина усіх домогосподарств), хворі не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості таких домогосподарств було 51%). У 81% таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг, по 10% – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 18%) та занадто довгою чергою [36]. Проблема доступності є актуальною і для інших країн. Наприклад, згідно з даними Центру по контролю і попередженню захворювань США результатом недостатності та обмеженості в медичній допомозі в сільській місцевості є більш висока малюкова смертність (10,8 на 1000 народжених живими проти 10,4 у містах), більш високий показник смертності від травм (0,6 і 0,4 на 1000 населення відповідно). В сільській місцевості вищі, ніж у містах, показники захворюваності хронічними захворюваннями і показники інвалідності населення [37].

Вивчення проблем і недоліків системи охорони здоров'я за даними соціологічних досліджень свідчить, що позитивно оцінювали стан охорони



здоров'я 30,5% респондентів, 61,8% вважали, що ситуація не змінилася і потребує покращення, 7,6% відмітили, що ситуація погіршилася [38].

Дослідження потреб в медичній допомозі – амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній допомозі для сільського та міського населення – у 70-90-ті роки проводилися на державному рівні по єдиній програмі.

Для оптимального функціонування системи охорони здоров'я, необхідно адекватне планування її діяльності з урахуванням потреби в медичній допомозі. Проблеми планування медичної допомоги протягом багатьох років перебували у центрі уваги вітчизняних та зарубіжних науковців і організаторів охорони здоров'я[39-43].

Науковцями досліджувалися окремі питання своєчасності, структури та якості задоволення зверненнями сільських жителів Житомирської області по медичну допомогу на рівні ФАПів [44,45], але ці дослідження стосувалися вивчення та оцінки організації долікарської медичної допомоги, а не визначення потреб у ній.

На необхідність удосконалювання методичних підходів до визначення потреби населення, наукового обґрунтування організаційних форм управління медичною допомогою на основі застосування економіко-математичних методів, методів моделювання вказували і інші автори [46-48], але їх дослідження в основному стосувалися технології задоволення потреби в медичній допомозі шляхом інтенсифікації використання ресурсів або окремих вибіркового досліджень щодо вузькоспеціалізованих видів медичної допомоги, наприклад кардіохірургічної [49], стоматологічної [50], онкологічної (на прикладі злоякісних новоутворень молочної залози) [51], планової госпіталізації хворих гінекологічного профілю[52].

Особливо важливим є рішення зазначених питань є в період реформування системи охорони здоров'я. На разі в Україні проводиться системи надання медичної допомоги. Комплексне реформування системи надання медичної допомоги було започатковано Програмою економічних реформ [52].

Були передбачені інституціональні та структурні перетворення, спрямовані на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб медичній допомозі [53-57].

Провідними напрямками перетворень в системі охорони здоров'я України визначені:

1. Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я [58].
2. Підвищення якості медичного обслуговування [58].
3. Підвищення доступності ліків [59].
4. Запровадження соціального медичного страхування [60].
5. Запровадження професійного менеджменту [61].
6. Моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги [62].

Важливе значення в ході реформування системи охорони здоров'я відводилося кадровій політиці [63]. У кадровій політиці передбачалося:

- запровадити прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів [64];
- забезпечити підготовку і перепідготовку випереджаючими темпами лікарів загальної практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою [65];
- підвищити роль середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я, передавши йому ряд функцій, що не виходять за межі його компетенції, зокрема медичне обслуговування у лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання швидкої допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних розділів роботи для працівників ФАПів [66];

- посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, в першу чергу на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо) [67].

Відпрацювання даних перетворень проводилося в пілотних регіонах [1]. Станом на початок 2014 р. у пілотних регіонах повністю сформовано мережу ЗОЗ, які надають ПМСД. Формування мережі ЦПМСД в Одеській області виконано на 97,30% від потреби, Полтавській – на 100% від запланованого. Усі відкриті ЦПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику [68,69].

У рамках реалізації Закону України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» в регіонах розроблено перспективні плани функціонування та розвитку ЕМД, затверджені обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями та погоджені МОЗ України [70].

Створено ЦПМСД, до складу яких увійшли відокремлені структурні підрозділи – станції ШМД, підстанції, пункти постійного та тимчасового базування. Отримано ліцензії на медичну практику та роботу з наркотичними засобами. Створення єдиної системи дало змогу об'єднати розрізнені підрозділи ШМД в єдину структуру, водночас, наявність станцій ШМД як юридичних осіб, робить її більш гнучкою в управлінні і дозволяє краще використати наявний потенціал з ініціативою на місцях та значно наблизити якісну ЕМД до найбільш віддалених адміністративних одиниць [71].

Розроблено проекти модернізації стаціонарних закладів області, які планується включити до складу майбутніх госпітальних округів, на підставі даних аналізу матеріально-технічного стану, кадрового забезпечення ЗОЗ регіону [72].

Проведено аудит стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги згідно з наказом МОЗ України від 17.08.2012 № 637 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» [73].

Здійснено інвентаризацію обладнання в ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, відповідно до постанови КМУ від 14.09.2013 № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» та наказу МОЗ України від 28.10.2013 № 918 [74,75].

На підставі результатів самоаналізу кожним ЗОЗ вторинного рівня підготовлено перспективні плани розвитку [76].

У ході реформування галузі охорони здоров'я та поступового запровадження нових фінансових механізмів фінансування значно зростає частка видатків зведеного бюджету, що виділяється на фінансування ПМСД і видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя. У 2010 р. для надання ПМСД, у середньому, видатки із зведеного бюджету становили 8,00–10,00%, станом на 2013 р. цей показник коливався від 25,00% до 12,40% [77].

Розроблено низку нормативних актів, які регулюють застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів. Зокрема, наказом Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2013 № 693/633 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» внесено зміни до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я». Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» затверджено Типовий перелік бюджетних програм та результативні показники їх виконання [78-80].

Питанням реформування охорони здоров'я присвячена низка дисертаційних робіт [81-86].

Невирішеність значної частки питань викликала необхідність розробки «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років». У вступному слові сказано, що запропонована Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки є складовою Національного плану дій з реформування, котрий був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020» [87] та урядом України (Програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII) [88]. Стратегія є рамковим документом, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування української системи охорони здоров'я. Стратегія формує підґрунтя для розробки політик та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Стратегія визначає, що майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах, які, на думку СДГ, є фундаментальними і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, та мають бути відображеними на кожному наступному етапі реформи, а саме:

*Орієнтованість на людей*, яка означає, що система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, які постійно

змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, надавачів і покупців послуг, дослідників тощо. Процвітання системи може бути досягнуте лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність роботи залежатиме від якості таких стосунків.

*Орієнтованість на результат*, яка означає, що: результативність допомоги та/або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом.

*Орієнтованість на втілення*, яка означає, що відмінна ідея – це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та проводити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я та відкривати доступ до відповідних послуг.

Реформування системи охорони здоров'я потребує наукового обґрунтування потреби населення в різних видах медичної допомоги. В першу чергу це стосується медичної допомоги населенню сільськогосподарських областей, де медична допомога є недостатньо доступною та якісною [89].

## **1.2. Методика планування медичної допомоги, виходячи з потреб населення**

На сьогодні методики оцінки потреби в медичній допомозі удосконалюються, сформувалося декілька підходів до визначення потреби у певних видах медичної допомоги на основі:

- ринкових моделей ( шляхом визначення попиту та пропозиції);
- створення реєстрів;
- розрахунку показника NNT (Number Needed to Treat) [90,91], використовуються для оцінки ефективності медичних втручань, як правило, лікування за допомогою лікарських засобів (вперше описаний у 1988 р.) [92];
- клініко-епідеміологічних досліджень з використанням епідеміологічної інформації (частота і поширеність захворювань серед населення; вікова структура населення; стандартизовані показники смертності тощо);
- методів математичного прогнозування [93].

Кожний із вказаних вище методів має переваги і недоліки, істотні проблеми у використанні.

Крім того, з метою регулювання потреби в окремих видах медичної допомоги в ряді країн видаються національні клінічні рекомендації з показань і протипоказань щодо різних втручань. Надалі такі рекомендації використовуються і для оцінки потреби та оцінки правильності призначення діагностичних і лікувальних втручань. На рівні платника за медичну допомогу клінічні рекомендації мають допомагати в обмеженні призначення надлишкового лікування. Для того, щоб платники за медичну допомогу могли використовувати рекомендації, їх необхідно доповнювати результатами клініко-економічного аналізу. Національні клінічні рекомендації дозволяють (на відміну від вітчизняних стандартів надання медичної допомоги) виявити потребу в медичній допомозі на підставі чітко встановлених критеріїв, оцінити знання цих критеріїв лікарями та ступінь відповідності реальної практики клінічним рекомендаціям [94].

Якщо потреби інтерпретуються як здатність до одержання користі, то для їхнього визначення потрібно три типи інформації:

- епідеміологічна: віко-статева структура населення, стандартизовані коефіцієнти смертності, частота і поширеність захворювання серед населення [95,96],
- медико-економічна: технологічна і економічна ефективність доступних методів лікування захворювань;
- організаційна: послуги/види допомоги, що вже існують для задоволення цих потреб.

Аналіз цих трьох типів інформації дає розуміння того, як слід змінити (розширити або скоротити) обсяги надання медичної допомоги (послуг), щоб максимізувати її доступність та якість.

Проблеми з фінансуванням систем охорони здоров'я і зростанням витратів на них є основними причинами проведення реформ у цій галузі. Витатки на охорону здоров'я зростають завдяки зростанню потреби у медичній допомозі як старіючого населення, так і громадськості в цілому, а також через запровадження нових дорогих медичних технологій і ліків. Ресурси будь-якої системи охорони здоров'я є обмеженими. Це означає, що задовольнити всі можливі потреби в послугах не зможе жодна з них. Як наслідок, відбувається нормування послуг, яке може набувати наступних форм:

- гарантований пакет (перелік послуг, які оплачуються за рахунок бюджетних або страхових фондів);
- черга на госпіталізацію або на прийом до лікаря-спеціаліста;
- позитивний (або негативний) перелік ліків (які оплачуються (або не оплачуються за рахунок бюджетних або страхових фондів) ;
- спів-оплата пацієнтами [97].

Обсяг медичної допомоги (послуг) повинен бути таким, щоб за якісними та ціновими параметрами задовольняти як інтереси суб'єктів діяльності



(закладів охорони здоров'я), так і публічні інтереси, пов'язані із задоволенням потреб населення на якісні медичні послуги [98].

Задоволення потреб в послугах охорони здоров'я характеризується не лише рівнем, а і формами та способами їх задоволення. Зовнішні умови, так звані детермінанти, формують потреби, а потреби, в свою чергу, визначають поведінку населення в сфері споживання послуг. Детермінанти, з однієї сторони, відносяться безпосередньо до самого споживача послуг. Це вікостатева структура, соціальна приналежність, професійне здоров'я тощо. З іншої сторони, детермінанти характеризують зовнішні умови життя: природно-кліматичні, національно-етнічні, характер поселення (мегаполіс, місто, село), доступність медичної допомоги. Детермінанти впливають на обсяг, структуру і характер потреб в медичній допомозі. Потреби обумовлені якістю громадського здоров'я населення, яка пов'язана з соціальними умовами життя і праці.

Крім того, потреби в послугах охорони здоров'я створюють попит на окремі види надання медичної допомоги і, як зазначалося вище, залежать від багатьох факторів: соціальних, культурних, політичних, географічних, екологічних, фінансових [99].

На думку Верзіліна Д.Н. потреби населення в послугах охорони здоров'я повинні вивчатися, моделюватися, прогнозуватися, перш за все, за допомогою статистичних методів шляхом аналізу реальної поведінки споживача. В практиці планування поширений сумарний, підхід з визначенням середніх величин, який нівелює основне – різницю в потребах різних груп населення (наприклад, за віком) в медичній допомозі [100].

Для обґрунтування обсягів і вартості медичної допомоги необхідно використовувати показники, які характеризують рівень споживання медичної допомоги населення [101]. Обсяги медичної допомоги можуть виражатися як у грошових одиницях (грошові витрати на надання медичної допомоги), так і в натуральних (кількості пролікованих хворих, викликів швидкої медичної допомоги, відвідувань, досліджень тощо) [102].

Окремі спроби щодо врахування різниці у потребах в медичній допомозі з урахуванням віко-статевої структури населення були при проведенні економічного обґрунтування страхових тарифів обов'язкового медичного страхування в Московському регіоні РФ [103].

Як приклад визначення потреб населення можна привести розрахунки обсягів надання безоплатної медичної допомоги громадянам Російської Федерації в рамках програми державних гарантій, які розраховуються на основі методичних рекомендацій, затверджених МОЗ РФ і Федеральним фондом ОМС (2000 р.) [104].

Розрахунок територіальних нормативів обсягів медичної допомоги здійснюється шляхом коректування федеральних нормативів з урахуванням демографічних особливостей, а також рівня і структури захворюваності населення суб'єкта Російської Федерації. Для цього використовуються поправочні коефіцієнти, що враховують відхилення територіальних показників від загальноросійських за віковою структурою населення і рівнем поширеності захворювань серед дорослого та дитячого населення.

Поправочний коефіцієнт за віковою структурою розраховується шляхом розподілу частки дитячого та дорослого населення в загальній чисельності регіону до відповідного середньоросійського показника. Поправочний коефіцієнт за рівнем поширеності захворювань розраховувався шляхом розподілу регіонального показника поширеності за групами захворювань, при яких медична допомога надається за певними профілями стаціонарних відділень і спеціальностями лікарів, на аналогічний федеральний показник. Для розрахунку поправочного коефіцієнта по захворюваності використовують таблицю взаємозв'язку переліків хвороб і станів пацієнтів, спеціальностей лікарів і профілів відділень стаціонарів при наданні медичної допомоги населенню. Територіальні нормативи обсягів безоплатної медичної допомоги розраховують шляхом множення федеральних нормативів на поправочні коефіцієнти [105,106].

З прийняттям Федерального закону Російської Федерації від 21.11.2011 р. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" законодавчо було врегульовано підходи до формування територіальної програми державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги. Регламентовано, що при формуванні програми враховуються особливості віко-статевого складу населення, рівень та структура захворюваності населення яка базується на даних медичної статистики, кліматичні і географічні особливості регіону, транспортна доступність медичних організацій, збалансованість обсягів медичної допомоги та її фінансового забезпечення, в т.ч. сплата страхових внесків на обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення (стаття 81 п.4 закону) [107].

В країнах ЄС також використовуються окремі критерії для визначення потреб у наданні медичної допомоги населенню. Наприклад, у Норвегії – вікова структура населення, рівень смертності, відсоток осіб, старших 67 років, які проживають окремо; Швеції – вікова структура населення, середня тривалість життя, відсоток сільського населення, відсоток осіб, які проживають окремо; Данія – вікова структура населення, стандартизований показник смертності, довжина доріг, очікуване навантаження на лікарняне ліжко, відсоток осіб, старших 64 років, які проживають окремо; Велика Британія – довгостроковий рівень захворюваності і смертності населення віком до 75 років, відсоток пенсіонерів, які проживають окремо, незайняте населення (рівень безробіття), відсоток дітей у неповних сім'ях [108-110]; Фінляндії – вікова структура населення, відсоток пенсіонерів віком до 55 років, які вийшли на пенсію за станом здоров'я, периферійне розташування населених пунктів [111].

У Канаді для визначення потреб населення в медичній допомозі використовують демографічні та інші особливості населення (вік, стать, соціально-економічний статус тощо); характеристика закладу охорони здоров'я, що надає допомогу (наприклад, тип організації, її потужність, географічне розташування тощо) для оцінки витрат на надання

медичної допомоги за профілями захворювань або обсягів послуг при плануванні на подальшу перспективу; кількості осіб, які потребують певних видів медичної допомоги (наприклад, протезування колінного суглобу, гемодіалізу тощо) [112, 113].

Дослідники The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Англія) рекомендують при визначенні потреб населення в медичній допомозі враховувати місце проживання (сільська місцевість, віддалені/бідні райони), соціальний стан (певні вікові групи населення, етнічні приналежність, безробітні тощо), наявність окремих захворювань (наприклад, психічні захворювання, діабет тощо) [114].

Віко-статеві коефіцієнти – це відносно постійно шкала коефіцієнтів, які враховують різницю в рівнях споживання медичної допомоги різними віко-статевими категоріями населення [115,116]. Найчастіше вони використовуються при проведенні розрахунків подушного фінансування для закладів, які надають первинну медичну допомогу або диференційованих подушних нормативів на обов'язкове медичне страхування окремих категорій населення при формуванні регіональної програми обов'язкового страхування (як приклад, Республіка Комі [117] або інші суб'єкти РФ) [118,119].

На думку окремих дослідників [120-125] на сьогодні у багатьох регіонах Росії накопичено достатній фактичний матеріал, що відображає споживання медичної допомоги різними категоріями населення. На підставі даних статистики обсяги споживання медичної допомоги приводяться до еквівалентної одиниці, з її допомогою розраховуються відповідні коефіцієнти. На підставі цих коефіцієнтів визначаються потреби населення конкретного регіону в медичній допомозі з урахуванням конкретної структури населення. При цьому у суб'єктах РФ для розрахунку диференційованих нормативів споживання медичної допомоги використовуються лише наступні віко-статеві групи населення: чоловіки/жінки віком 0–4 роки; чоловіки/жінки віком 5–17 років; чоловіки

віком 18–59 років; жінки віком 18–54 роки; чоловіки віком 60 років і старші; жінки віком 55 років і старші [127].

У провінції Онтаріо (Канада) для розрахунку диференційованих нормативів споживання медичної допомоги використовуються такі вікові групи населення – 0–4, 5–9, 10–14, 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75+, а також дані про рівень доходів для двох категорій населення – осіб старших 65 років і тих, що отримують соціальну допомогу [128].

В Ірландії для розрахунку нормативів споживання медичної допомоги використовуються наступні вікові групи населення: до 15 років (вікостатевий коефіцієнт дорівнює 0,72), 16–64 роки (1,04), 65 років і старші (1,6) [129].

В Україні подібні методичні підходи до визначення потреб у медичній допомозі використано науковцями Українського інституту громадського здоров'я (зараз – ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України") у 2001 році при опрацюванні методики і нормативів розподілу коштів серед місцевих бюджетів на охорону здоров'я. При проведенні розрахунків були використані статистичні дані Держкомстату України, центру медичної статистики МОЗ України про чисельність населення за віком та статтю в регіонах; еквівалентні одиниці надання медичної допомоги згідно з методикою медичного страхування в Московському регіоні; коефіцієнти смертності. Розрахунки проводилися для 19-ти вікових груп: 0–1, 2–4, 5–9, 10–14 ... 80–84, 85 і старші. Кожна вікова група поділялася за статтю: чоловіки/жінки (тридцять вісім вікостатевих груп), для кожної з яких було розраховано еквівалентні одиниці надання медичної допомоги.

Частково вивчення потреб населення у медичній допомозі проводилося в рамках реалізації заходів Проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я України" (2004–2006 рр.) при опрацюванні пропозицій щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України [130].

На сьогодні в Україні використання еквівалентних одиниць надання медичної допомоги для 16-ти вікових груп запроваджено при у розрахунках фінансового нормативу бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я при здійсненні розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та бюджетом АР Крим, обласними бюджетами, зведеними бюджетами м. Києва та Севастополя, міст республіканського АР Крим і обласного значення, зведеними бюджетами районів для врахування коефіцієнту відносної вартості витрат на надання медичної допомоги залежно від статеві та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці [131].

Подальше впровадження цього напрямку знайшло відображення у наказі МОЗ України від 15.07.2011 № 420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі" [132], які розроблено за участі автора дослідження.

У методичних рекомендаціях для розрахунку диференційованих нормативів споживання первинної медичної допомоги запропоновано використання таких віко-статевих груп населення: осіб віком 0–6 років, 7–65 років, понад 65 років. У цих методичних рекомендаціях функціональною одиницею для розрахунку потреби у стаціонарній допомозі є відділення, амбулаторно-поліклінічній допомозі – лікарська посада, яка забезпечує обсяг послуг відповідно до функцій; швидкій медичній допомозі – кількість викликів бригад швидкої медичної допомоги з урахуванням часу доїзду; паліативній допомозі – щорічна кількість померлих пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань, серцево-судинних захворювань, СНІДом, осіб старечого віку тощо.

Стандартом SFHGEN52 (National Occupational Standards, Велика Британія) [133] регламентовано проведення формалізованого дослідження для встановлення спектру та обсягів надання медичних послуг для місцевих громад. Точна

оцінка потреб населення є необхідною умовою для розробки стратегій охорони здоров'я на рівні громади та надання відповідних послуг.

Основними критеріями вище вказаного стандарту є наступні:

- виявлення і залучення всіх зацікавлених сторін до оцінки;
- використання методології, яка може забезпечити точну та комплексну оцінку;
- цільові групи населення, для яких проводиться оцінка;
- демографічні тенденції в цільовій групі;
- збір повної і достовірної інформації про цільові групи та можливі їх потреби, обробка з урахуванням етичних, правових та організаційних вимог із забезпеченням конфіденційності;
- аналіз спектру наявних медичних послуг, їх відповідності сучасним та майбутнім потребам;
- відкриті консультації з ключовими зацікавленими сторонами за результатами проведеного аналізу і коригування з урахуванням отриманих рекомендацій;
- орієнтування на національні пріоритетні напрямки розвитку системи охорони здоров'я.

Аналогічні критерії оцінки потреб наведені також і у інших публікаціях [135-139].

### **1.3. Необхідність проведення подальших досліджень**

Проведений аналітичний огляд наукової літератури показав, що в Україні в теперішній час проводиться комплексне реформування системи охорони здоров'я яке скероване на людину в загалі та пацієнта безпосередньо. Реформа охорони здоров'я торкається як структурної перебудови системи з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах сімейної медицини та і зміни системи фінансування закладів охорони здоров'я та оплати праці медичних працівників.

Вивчення існуючого стану розрахунків потреби населення в медичній допомозі показало, що в кожній країні існують свої національні підходи до проведення відповідних розрахунків. В Україні комплексних підходів до розрахунку потреби населення в різних видах медичної допомоги не існує. Це потребувало розробки та затвердження даної методики.

Крім того в державі не визначена потреба в медичній допомозі первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Визначення відповідної потреби є складовою проведення реформи і тому її наукове обґрунтування є актуальним, своєчасним та необхідним. Дане і визначило необхідність проведення наукового дослідження результати якого наведені нижче.

**Особисті роботи за темою розділу [18].**



## РОЗДІЛ II

### ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення основної мети дисертаційного дослідження потребувало розроблення на базі системного підходу спеціальної програми (рис. 2.1), яка передбачала його виконання у шість організаційних етапів із використанням адекватних методів, що дозволило отримати достатньо повну інформацію для оцінки об'єкту дослідження. Багаторівнева структуризація завдань дослідження забезпечувала системність його виконання, так як результати, що отримувались на кожному з попередніх етапів, ставали основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

*На першому етапі* дослідження проведено визначення проблемних питань з об'єкту дослідження. Поставлені завдання вирішувались за допомогою структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу. Це дало змогу визначити напрямок, об'єкт і предмет дослідження.

*Другий етап програми* присвячений вибору напряму дослідження, формуванню мети та завдань, обґрунтуванню його методів та обсягу. При обґрунтуванні проведення роботи за основу взято наукові розробки з даного питання останніх років [7,40,42,43,46,47,48]. Необхідність медико-соціального обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області у первинній та вторинній медичній допомозі пов'язано з проведенням в країні реформування системи надання медичної допомоги з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та структурної перебудови системи вторинної медичної допомоги. Реформа вторинної медичної допомоги передбачає створення госпітальних округів з формуванням лікарень нового для України типу: ЛІЛ, планового лікування, відновного лікування та хоспісів. Для надання вторинної амбулаторно-поліклінічної допомоги передбачено створення консультативних поліклінік та консультативно-діагностичних центрів.

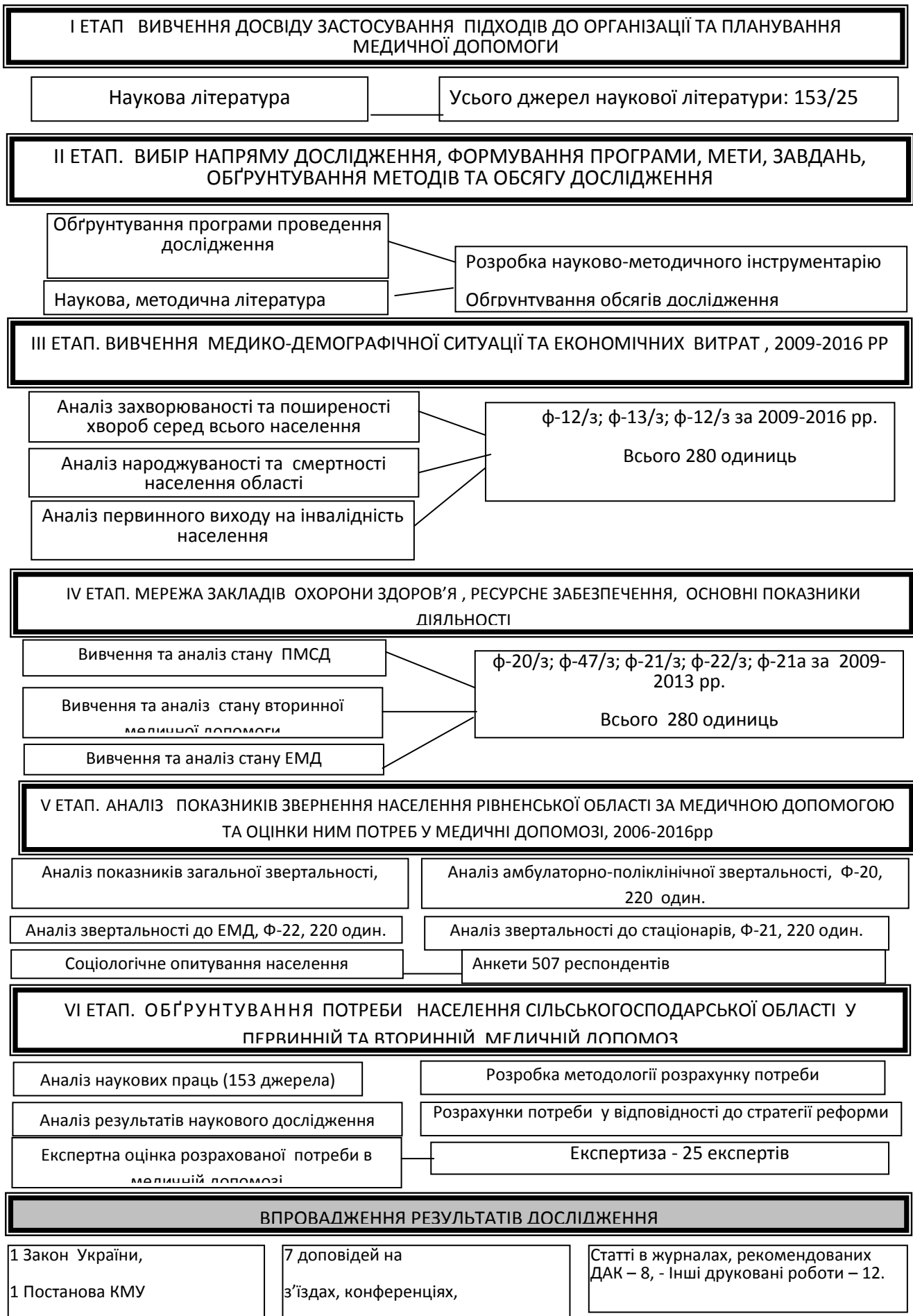


Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методи досліджень

Новим також є юридичне розмежування вторинного та первинного рівнів надання медичної допомоги. При цьому комплексних наукових робіт з обґрунтування потреби дорослого населення сільськогосподарської області у первинній та вторинній медичній допомозі не проводилося.

Було визначено та обґрунтовано методи та бази наукового дослідження, що мають використовуватися для досягнення поставленої мети.

Для проведення дослідження були розроблені відповідні програма та робочий план. Програма включала такі розділи:

1. Вивчення проблем дослідження, визначення об'єкта та предмета дослідження.
2. Мета та завдання дослідження.
3. Розробка інструментарію дослідження.
4. Генеральна сукупність та обґрунтування репрезентативної вибірки.
5. Збір інформації.
6. Обробка та аналіз одержаних даних.
7. Обґрунтування потреби дорослого населення сільськогосподарської області у первинній та вторинній медичній допомозі
8. Аналіз результатів дослідження.
9. Формування висновків та практичних рекомендацій.

Апробація, висвітлення в наукових публікаціях, впровадження обґрунтованих рекомендацій проводилося на етапах виконання наукового дослідження.

При розробці програми враховувались методичні принципи її створення.

*Під час виконання третього етапу* дослідження було вивчено та проаналізовано характеристику медико-демографічної ситуації в Рівненській

області та економічні витрати на рівні області в наслідок захворюваності населення. Для цього вивчалися наступні питання:

1. Характеристика населення Рівненської області станом на кінець 2016 року;
2. Захворюваність дорослого населення за класами хвороб у відповідності МКХ-10 за період 2009-2016 рр.;
3. Захворюваність дитячого населення за класами хвороб у відповідності з МКХ-10 за період 2009-2016 рр.;
4. Поширеність хвороб серед дорослого населення за класами хвороб в період 2009-2016 рр.;
5. Поширеність хвороб серед дитячого населення за класами захворювань за період 2009-2016 рр.;
6. Первинний вихід на інвалідність населення Рівненської області;
7. Смертність населення Рівненської області в період 2009-2016 рр.

Вивчення вказаних показників проводилося на основі даних наступних статистичних форм:

- №12 « Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу за 2009-2016 роки по Рівненській області;
- №14 « Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» за 2009-2016 роки по Рівненській області;
- Оперативний звіт про причини смертності населення відповідно статистичного звіту ( форма № 12) за класами хвороб у відповідності МКХ-10 за період 2009-2016 роки по районах( містах) Рівненської області;
- Статистичний збірник Головного управління статистики у Рівненській області

Всього статистично опрацьовано 2280 форм статистичної звітності закладів охорони здоров'я області.

На даному етапі дослідження проводилися розрахунки економічних втрат Рівненської області в наслідок хвороб дорослого населення.

Розрахунки економічних втрат від одного випадку захворюваності проведено за формулою:

$$C = \left[ (П + Б) \times (t \times 0,75 \times \frac{П}{Ч}) + Л \right] = [(54,9 + 127,26) \times 0,75 \times 58,8] + 270,92 + 6,65 = 970,85 \text{ грн}$$

C – середні економічні втрати від одного випадку захворюваності

П – національний прибуток (чиста продукція), який виробляється на 1-го працюючого за 1 робочий день (13785 грн/ рік поділено на 251 робочих днів=54,9 грн);

Б – середньоденний розмір допомоги по тимчасовій непрацездатності за рахунок коштів соціального страхування (127,8 грн);

t – середня тривалість одного випадку захворюваності у календарних днях (2012 р. – 11,59) ;

0,75 – коефіцієнт переводу календарних днів у робочі;

П/Ч – частка працюючих (П) у загальній чисельності населення (Ч) – 58,8%;

Л – вартість лікування у розрахунку на одного хворого за один календарний день (разом одного відвідування та одного ліжко-дня при стаціонарному лікуванні) – розрахунково 270,9 грн та 6,65 грн).

Базові дані для проведення розрахунків були взяті із статистичної звітності Державного комітету статистики України та Головного управління статистики в Рівненській області.

В ході виконання *четвертого організаційного етапу* дослідження було вивчено та проаналізовано мережу закладів охорони здоров'я Рівненської області , їх ресурсного забезпечення та основних показників діяльності. Поетапно вивчалися та аналізувалися наступні питання:

1. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я в яких надається ПМСД;
2. Характеристика амбулаторно-поліклінічної вторинної медичної допомоги
3. Характеристика стаціонарної вторинної медичної допомоги
4. Характеристика екстреної медичної допомоги;

5. Характеристика діагностичної служби закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

Вивчення вказаних показників проводилося на основі даних наступних статистичних форм:

- Форма № 20 « Звіт лікувально-профілактичного закладу » по районах, містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2016 роки;
- Форма № 47-здоров « Звіт про мережу та діяльність медичних закладів » по районах, містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2016 роки;
- Форма № 21 « Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям » по районах, містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2016 роки;
- Форма № 21-а « Звіт про медичну допомогу роділлям ( породіллям), новонародженим та дітям першого року життя » по районах, містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2016 роки;
- Форма № 22 « Звіт станції ( відділення) швидкої медичної допомоги » по районах, містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2016 роки;

Всього статистично опрацьовано 2280 форм статистичної звітності закладів охорони здоров'я області.

В ході виконання даного розділу було проведено експертну оцінку 400 облікових статистичних форм -«Карт амбулаторного хворого» (форма - 25/о) з метою оцінки якості надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги. Під час експертизи проводилося порівняння обсягів надання медичної допомоги затверджені Клінічними протоколами та реально проведених. Карти амбулаторного хворого відбиралися для проведення експертної оцінки методом випадкової вибірки у чотирьох поліклініках ЦРБ. Експертами були дисертант та завідувачі відділеннями поліклінік.

*П'ятий організаційний етап* було присвячено аналізу показників звернення населення Рівненської області за медичною та оцінка ними потреб у медичній допомозі. Вивчалися та аналізувалися наступні показники:

- Загальні показники звернень населення за медичною допомогою;
- Зверненість населення Рівненської області за швидкою медичною допомогою;
- Зверненість населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною допомогою;
- Зверненість населення Рівненської області за стаціонарною допомогою;
- Зверненість населення Рівненської області за стаціонарно-замінною допомогою.

Вивчення вказаних показників проводилося на основі даних наступних статистичних форм:

- Форма № 20 « Звіт лікувально-профілактичного закладу » по районах,

містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2013 роки; - Форма № 22 « Звіт станції ( відділення) швидкої медичної допомоги » по районах, містах обласного підпорядкування, зведених по області за 2009-2013 роки;

Всього статистично опрацьовано 220 форм статистичної звітності закладів охорони здоров'я області.

На цьому етапі було проведено соціологічне дослідження серед дорослого населення з метою їх оцінки потреби у медичній допомозі. Розрахунок вибіркової сукупності наведено в додатку А-1. Анкети прорецензовані та затверджені Вченою Радою інституту від 26.05.2011р. протокол № 6, погоджені й розглянуті Етичною комісією інституту на засіданні від 15.06. 2011р. протокол № 7. Анкети були анонімними, запитання передбачали вибір найбільш прийнятних варіантів відповідей та висловлення особистої думки опитуваних щодо мети дослідження. Респондентам попередньо пояснювалася мета дослідження. Респонденти

анкети заповнювали як вдома так і під час проведення різних зібрань в установах та на підприємствах. Анкета наведена в додатку А-2.

Було роздано 550 анкет, отримано заповненими 523. Активність респондентів склала 95,1%. Статистичні обробці підлягало 507 (96,9% від заповнених), 16 анкет (3,1%) статистичній обробці не підлягало в зв'язку з неповними відповідями.

Таким чином в опитуванні взяли участь 507 респондентів, з них 128 чоловіків (25,2%) та 379 жінок (74,8%), середній вік респондентів склав  $40,5 \pm 12,7$  років (наймолодший учасник опитування – 16 років, найстарший – 84 роки). Щодо сімейного стану, то більшість опитаних вказали, що вони одружені (73,4% усіх опитаних, 74% жінок та 71% чоловіків). Частка самотніх людей становила майже чверть (26,6%), при цьому більшість з цієї групи неодружені (14,8%) або розлучені (7,5%). Вищу освіту мали 47% чоловіків та 31% жінок, середню спеціальну освіту – відповідно 32% і 56%. Більше половини респондентів (61%) проживали у містах та районних центрах, решта учасників опитування (39%) – мешканці сіл та селищ міського типу. За соціальним статусом найбільшу групу серед опитаних склали службовці (37%) та робітники (32%), частка пенсіонерів у загальній чисельності респондентів – 9,0%. За рівнем доходу абсолютна більшість опитаних належить до груп, що мають доходи на рівні або нижче прожиткового мінімуму (72% чоловіків та 84% жінок) (*прожитковий мінімум в анкетах зафіксовано на період 01.01.2012 – 31.03.2012 на рівні 1017 грн. на 1 особу на місяць*). Лише 28% чоловіків та 16% жінок зазначили, що мають доходи вищі. Серед респондентів відповідно 35 і 36% мали одну або дві дитини, 10% мали трьох дітей та більше. При цьому зазначаємо, що серед респондентів, які вказали про свої доходи як такі, що не перевищували прожиткового мінімуму, було більшість родин, що мали двоє і більше дітей. Серед опитаних, які мали рівень доходу, що перевищував прожитковий мінімум, найбільш часто були представлені родинami що мали одну або дві дитину.



Статистичне опрацювання отриманих результатів проводилося за загальноприйнятими в соціальній медицині методами. Розраховувалися як абсолютні так і відносні показники, а також розрахована похибка дослідження.

В ході *шостого заключного етапу* дисертаційного дослідження на основі теорії системності проведене наукове обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області у первинній та вторинній медичній допомозі. Методичною основою обґрунтування стала системна методологія, складовими якої являються системний підхід та системний аналіз. Системний аналіз використовувався для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження. На основі системного підходу та системного аналізу обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та вторинній медичній допомозі.

На початку було розроблено методологію розрахунку потреби населення у медичній допомозі. Дана методологія затверджена наказом МОЗ України від 15.07.2011 №420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі".

Далі були проведені розрахунки потреби населення сільськогосподарської області в:

- в первинній медико-санітарній допомозі;
- амбулаторно-поліклінічній спеціалізованій медичній допомозі вторинного рівня;
- стаціонарних формах медичної допомоги;
- стаціонарній медичній допомозі вторинного рівня.

У проведеному дослідженні застосовувались два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків та залежностей між даними).

Цей метод статистичного аналізу спрямований на пошук причинно-наслідкових відношень у проблемі і ґрунтується на статистичних методах множинного аналізу (порівняльний аналіз тримірних розподілів). При обробці статистичного матеріалу для відповіді на запитання: чи узгоджуються результати експерименту з гіпотезою використовувався критерій узгодженості  $\lambda$  Пірсона. Він дозволяє порівняти емпіричний і припустимий теоретичний розподіл.

Зв'язок між ознаками встановлюється за допомогою статистичного критерію Пірсона.

При обробці результатів дослідження використано середні значення та похибку цих значень з визначенням достовірності відмінностей за  $t$ -критерієм Ст'юдента. При математичній обробці отриманих матеріалів використано функції комп'ютерної програми «Statistica 8.0» (Statsoft Inc.) і табличний редактор «Microsoft® Office Excel».

Медико-статистична обробка даних включала визначення помилки репрезентативності для оцінки достовірності результатів дослідження та визначення довірчого інтервалу. Таким чином, структура аналізу дослідження включала: систематизоване подання й опис первинної інформації, виявлення чинників та закономірностей; формування висновків дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою теорії системи є системна методологія, складовими якої є системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання роботи для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження.

Формування основних компонентів дослідження у відповідності до поставленої мети включало використання шести аспектів системного підходу, як методичної основи: системно-компонентного (визначення і формування елементного складу); системно-функціонального (визначення взаємодії між компонентами); системно-структурного (установлення

взаємозв'язку між компонентами); системно-інтеграційного (використання нових методів, методик, технологій, тощо); системно-комунікаційного (розробка правових основ зовнішньої взаємодії) та системно-історичного (вивчення попереднього досвіду, знання теперішнього становища та перспективи розвитку).

На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було науково обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області в медичній допомозі.

З метою визначення прийнятності запропонованих інновацій було проведено соціологічне дослідження із залученням експертної групи в складі 25 експертів. Експертна група створювалась з урахуванням міжнародних вимог до створення таких груп.

До її складу увійшли:

- 1) науковці з соціальної медицини – 5 осіб;
- 2) організатори охорони здоров'я – 10 осіб;
- 3) лікарі загальної практики-сімейні лікарі – 5 осіб;
- 4) лікарі вторинного рівня медичної допомоги – 5 осіб.

При процесі опитування була дотримана важлива умова проведення експертиз – попереднє інформаційне забезпечення експертів. Соціологічне дослідження методом експертного опитування було проведене разом з попереднім застосуванням відкритої дискусії та за допомогою анкет.

Для проведення експертного опитування була розроблена спеціальна анкета (Додаток А-3), яка складалась з загальної частини та восьми питань.

Питання сформульовані у загально прийнятих термінах. Відповіді формувалися по типу «Так», «Ні». Для їх обробки застосовувався альтернативний аналіз, який включав підрахунки в абсолютних та відносних показниках. Результати дослідження підлягали статистичній обробці даних, а також здійснювався їх аналіз і пояснення отриманих даних.

Відомо, чим більший коефіцієнт варіації, тим більша ступінь узгодженості думок експертів, яка вважається низькою, якщо коефіцієнт

варіації становить більше, ніж 20 %, середньою – 10-20 %, та високою – менше ніж 10 %.

При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що вивчається, слугує вивченню його якісних характеристик та практичної цінності.

Таким чином системність дослідження, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі в обрахованих обсягах з застосуванням сучасних методів статистичної обробки отриманих даних дозволили отримати репрезентативні результати, які покладені в основу наукового обґрунтування потреби населення сільськогосподарської області в медичній допомозі первинного та вторинного рівнів медичної допомоги.

**Особисті роботи за темою розділу [ 157,166, 173, 174].**

**РОЗДІЛ III****ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ  
В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЕКОНОМІЧНИХ ВИТРАТ НА  
РІВНІ ОБЛАСТІ В НАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ****3.1. Характеристика населення Рівненської області станом на кінець  
2013 року**

За адміністративно-територіальним поділом на 1 січня 2014 р. область складалася з 16 адміністративних районів, 11 міст, в тому числі 4 міст обласного підпорядкування (Ровно, Дубно, Кузнецовськ, Острог), 16 селищ міського типу та 1001 сільських населених пунктів. На 1 січня 2014 р. чисельність наявного населення Рівненської області складала 1158,8 тис. осіб, серед якого переважають сільські мешканці: 553,6 тис. осіб міських мешканців, 605,2 тис. осіб, що проживають в сільській місцевості. Загальний приріст (скорочення) населення області в 2013 році склав 2,0 тис. осіб, який в сільській місцевості в 2,3 рази більший ніж в міській місцевості (село: 1,4 тис. осіб, місто: 0,6 тис. осіб). Коефіцієнт загального приросту (скорочення населення) дорівнює 1,7, в міській місцевості 1,0, в сільській місцевості 2,4 на 1000 осіб. Природний приріст населення області в 2013 р. склав 2,9 тис. осіб, серед яких 1,8 тис. міських мешканців і 1,1 тис. мешканців сільської місцевості. Загальний коефіцієнт природного приросту населення 2,5 на 1000 осіб, який в міській місцевості в 1,7 рази більший (3,2 в місті) ніж у селі (1,9 в селі). Протягом 2013 року в області народилося 17,5 тис. осіб (7,2 тис. осіб у місті та 10,3 у селі), коефіцієнт народжуваності в сільській місцевості в 1,3 рази більший ніж в міській (місто: 13,0‰; село: 17,0‰). Загальний рівень смертності населення Рівненської області за підсумками 2013 р. 12,6 ‰, смертність сільських мешканців в 1,5 рази вища (15,1‰) ніж серед міських мешканців (9,8‰). Така тенденція спостерігається і в кількості померлих дітей у віці до 1 року, де кількість смертей дітей сільських мешканців в 1,8

рази вище аналогічної у містах області (всього померло 138 дітей до 1 року, міські поселення – 48 осіб, сільська місцевість – 90 дітей). В цілому для області притаманне міграційне скорочення населення: – 0,9 тис. осіб, у містах області: – 1,2 тис. осіб. В сільській місцевості спостерігається міграційний приріст: 0,3 тис. осіб. Загальний коефіцієнт міграційного приросту (скорочення) на 1000 осіб становить: – 0,8; в міських поселеннях він складає: – 2,2; в сільській місцевості: 0,5.

Таким чином, за основними демографічними показниками за 2013 рік в Рівненській області в сільській місцевості спостерігається переважання як за абсолютними даними так і за показниками в порівнянні з міським поселенням загального приросту населення, кількості народжень, міграційного приросту населення. Водночас в сільській місцевості сформовані негативні тенденції з високими показниками в порівнянні з міськими поселеннями стосовно смертності населення, смертності дітей віком до 1 року.

### **3.2. Аналіз захворюваності дорослого населення за класами хвороб у відповідності МКХ-10 за період 2009-2016 рр.**

Оцінка рівня захворюваності та його динаміки протягом декількох років є важливими показниками стану здоров'я населення та ефективності роботи закладів охорони здоров'я і системи охорони здоров'я в цілому, саме оцінка являє собою підставу для планування лікувально-профілактичних заходів в наступному.

Аналізуючи загальний рівень захворюваності населення та рівень захворюваності дорослого населення Рівненської області в динаміці за період 2009-2013 рр. відзначається поступова тенденція до зниження значень показників захворюваності до базисного року спостереження (2009 р.), як загального рівня захворюваності (на 6%, з 7991,2 на 10 тис. населення в 2009 р. до 7562,0), так і захворюваності дорослого населення (на 6,1%, з 6058,1 на 10 тис. осіб відповідного віку в 2009 р. до 5690,2 в 2013 р.) (табл. 3.2.1).

**Рівень захворюваності загальний та дорослого населення  
Рівненської області (на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Рік	Загальний для всіх (дорослі та діти)	Дорослі 18 і старше
2009	7911,2	6058,1
2010	7894,1	5938,3
2011	7592,1	5705,2
2012	7481,4	5659,7
2013	7562,0	5690,2
2014	7450,6	5493,8
2015	7573,2	5538,7
2016	7587,1	5572,1

*Продовження таблиці 3.2.1*

**Рівень захворюваності загальний (дорослого та дитячого населення)  
в розрізі районів та міст Рівненської області  
(на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	7765,2	8400,2	8455,8	8122,5	7978,8	7705,8	7553,0	7996,7
Володимирецький	6902,3	5986,0	6808,0	6285,9	6201,8	6231,9	5925,0	6574,1
Гощанський	7083,1	6887,4	6715,2	6811,7	6241,8	5755,9	5471,8	6158,8
Демидівський	6042,2	6855,9	6957,6	6955,5	7187,7	6708,3	6797,1	6582,4
Дубнівський	4949,3	4881,8	4658,7	4502,0	4244,6	4053,3	4024,1	4032,1
Дубровицький	7424,5	7690,5	7733,3	7831,2	7889,5	7354,6	6649,6	6378,7
Зарічненський	5997,7	6115,4	6017,8	5966,5	5688,6	5539,5	5442,3	5751,2
Здолбунівський	6519,8	7280,6	7022,0	7025,9	7095,8	6955,7	7201,9	7219,3
Корецький	7350,9	7541,4	6430,2	6641,5	6463,1	6069,2	5914,1	5986,1
Костопільський	6424,8	6295,7	5965,3	6136,2	6095,2	5963,5	5628,8	5502,1
Млинівський	7236,9	7353,6	7298,9	7838,2	7898,5	8071,9	8242,1	8212,9
Острозький	7988,5	8053,4	8039,4	7761,2	7820,5	7967,0	8015,4	7838,1
Радивилівський	6580,4	6773,6	6325,9	6912,5	8742,1	8398,7	9497,9	7687,9
Рівненський	9117,9	8764,5	8643,5	8602,0	8645,9	8748,8	8768,7	8304,7
Рокитнівський	7501,7	7384,6	6557,6	6912,9	6785,9	6947,5	6888,9	6826,8
Сарненський	8988,6	9433,7	9391,0	8332,0	8313,3	8039,7	8791,0	8438,6
м. Рівне	9556,1	9186,2	8516,1	8529,7	8923,9	9011,9	9707,0	9885,6

м. Вараш	8462,2	8700,6	7572,5	7362,8	7041,5	6863	5915,3	6447,4
м. Дубно	8149,5	7885,3	7303,9	6619,5	6532,6	5909,1	5242,5	5908,7
По області	7911,2	7894,1	7592,1	7481,4	7562,0	7450,6	7573,2	7587,1

*Продовження таблиці 3.2.1*

**Рівень захворюваності дорослого населення ( 18 років і старші) в  
розрізі районів та міст Рівненської області  
(на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	5506,2	5824,3	6177,8	6089,5	5767,8	5419,8	5157,6	5200,1
Володимирецький	4814,6	3905,8	4558,6	4323,6	4240,4	3939,9	3631,7	4085,1
Гощанський	5712,6	5384,7	5320,2	5447,5	4681,8	4330,5	4158,1	4736,5
Демидівський	4650,9	5481,9	5553,6	5482,0	5787,2	5405,9	5494,2	5243,3
Дубнівський	4083,7	3912,5	3585,2	3566,9	3205,3	2898,1	2859,0	2858,2
Дубровицький	5743,1	5646,6	5713,5	5613,8	5540,1	4812,1	4180,5	3960,7
Зарічненський	5487,2	5613,9	5537,5	5526,1	5328,7	5016,0	5002,7	5435,6
Здолбунівський	4855,3	5288,6	4809,5	4744,8	5027,0	4859,6	4881,9	5272,8
Корецький	5819,2	6012,5	5132,7	5442,1	5267,5	4312,5	4288,3	4251,7
Костопільський	4543,3	4441,2	4134,4	4311,5	4372,9	4301,0	3951,4	3947,1
Млинівський	5667,3	5767,7	5471,0	5935,9	5904,3	5961,8	6096,7	6090,6
Острозький	6195,5	6058,8	5934,0	5771,7	5824,6	5944,3	5943,4	5787,3
Радивилівський	5386,9	5372,5	5097,6	5481,9	7172,5	7012,1	7040,4	5978,3
Рівненський	7118,7	6827,8	6678,6	6816,4	6730,3	6369,9	6373,8	6114,4
Рокитнівський	7198,2	7174,3	5825,5	6127,5	5934,5	6016,1	5439,6	5406,8
Сарненський	6729,3	6503,8	6540,0	5944,3	5647,2	5428,2	5738,8	5390,7
м. Рівне	7100,3	6878,2	6545,8	6485,3	6800,0	6857,5	7494,6	7637,8
м. Вараш	6452,4	6429,1	6000,3	5650,6	5501,0	5077,1	4654,2	5340,0
м. Дубно	5606,3	5295,4	4539,4	4145,6	4115,2	3779,2	3431,7	3661,3
По області	6058,1	5938,3	5705,2	5659,7	5690,2	5493,8	5538,7	5572,1

Найбільший рівень первинної захворюваності дорослого населення області за період дослідження спостерігається серед наступних класів



хвороб: хвороби органів дихання (клас X), хвороби системи кровообігу (клас IX), травми та інші зовнішні причини (XIX-XX), хвороби сечостатевої системи (XIV), хвороби кістково-м'язової системи (XIII) (табл. 3.2.2, табл. 3.2.2 (продовження)).

Таблиця 3.2.2

**Первинна захворюваність дорослого населення області за класами хвороб згідно МХБ-10 за період 2009-2013 рр. (на 10 тис. дорослого населення)**

Рік	Клас I	Клас II	Клас III	Клас IV	Клас V	Клас VI	Клас VII	Клас VIII	Клас IX
2009	173,2	85,4	31,2	132,1	40,0	238,3	371,2	216,1	614,3
2010	178,1	86,3	35,3	126,4	40,1	227,1	397,4	208,3	618,1
2011	172,2	87,3	31,8	124,0	37,6	229,9	411,0	197,8	546,9
2012	158,1	81,1	30,5	146,2	37,5	215,7	425,1	192,9	566,6
2013	160,9	93,1	30,3	145,5	34,1	217,6	449,3	210,2	565,7
2014	155,0	86,4	31,7	135,3	28,7	221,6	420,7	204,0	548,2
2015	138,7	95,9	30,6	105,9	31,4	223,4	425,5	213,2	548,3
2016	141,8	106,4	30,6	103,5	28,1	216,6	415,2	215,3	535,3

Таблиця 3.2.2 (Продовження)

Рік	Клас X	Клас XI	Клас XII	Клас XIII	Клас XIV	Клас XVII	Клас XIX-XX
2009	1764,5	348,3	388,8	410,1	438,2	4,1	528,3
2010	1645,3	336,2	393,4	399,4	444,5	2,3	540,5
2011	1571,2	286,8	396,0	398,2	416,0	1,9	533,3
2012	1525,5	286,2	362,0	401,0	437,0	1,4	536,1
2013	1529,2	274,5	360,8	407,5	440,5	1,1	534,2
2014	1510,5	269,2	352,0	393,3	428,2	1,9	485,2
2015	1515,2	273,3	364,7	413,2	461,6	1,6	492,5
2016	1581,8	275,2	370,0	409,3	459,5	1,4	483,8

Аналізуючи первинну захворюваність дорослого населення за класами хвороб відзначається зниження рівня первинної захворюваності на інфекційні та паразитарні захворювання (клас I) до базисного року спостереження (2009 р.) на 7% (з 173,2 в 2009 р. до 160,9 в 2013 р. на 10 тис. осіб дорослого населення); хворобами крові (клас III) на 3% (з 31,2 до 30,3 відповідно); зниження первинної захворюваності на психічні розлади (клас V) на 15% (з 40,0 до 34,1 відповідно); на нервові хвороби (клас VI) на 8% (з

238,3 до 217,6 відповідно); на хвороби системи кровообігу (клас IX) на 8% (з 614,3 до 565,7 відповідно); на хвороби органів дихання (клас X) на 9% (з 1764,5 до 1592,2 відповідно); на хвороби органів травлення (клас XI) на 21% (з 348,3 до 274,5 відповідно); на вади розвитку (клас XVII) на 73% (з 4,1 до 1,1 відповідно); шкіри та підшкірної клітковини (XII) на 7% (з 388,8 до 360,8 відповідно) (табл. 3.2.2, табл. 3.2.2 (продовження)).

Спостерігається зростання первинної захворюваності дорослого населення області від новоутворень (клас II) на 9% (з 85,4 в 2009 р. до 93,1 в 2013 р. на 10 тис. осіб дорослого населення); хвороб ендокринної системи (клас IV) на 10% (з 132,1 до 145,5 відповідно); хвороб ока (клас VII) на 21% (з 371,2 до 449,3 відповідно). Відзначається тенденція за всі роки спостереження до зростання первинної захворюваності хворобами сечостатевої системи (клас XIV) на 0,5% (з 438,2 до 440,5 відповідно) та на травми (клас XIX-XX) на 1% (з 528,3 до 534,2 відповідно). Практично на постійному рівні залишається первинна захворюваність дорослого населення на хвороби кістково-м'язової системи (табл. 3.2.2, табл. 3.2.2 (продовження)).

За результатами аналізу найбільш значне зниження рівня первинної захворюваності дорослого населення за класами хвороб за роки дослідження до базисного року спостереження (2009 р.) відзначається на хвороби органів травлення, вади розвитку, хвороби органів дихання, зростання первинної захворюваності дорослого населення відбулось на новоутворення, хвороби ендокринної системи, хвороби ока.

### **3.3. Аналіз захворюваності дитячого населення за класами хвороб у відповідності з МКХ-10 за період 2009-2016 рр.**

Загальний рівень захворюваності в 2013 році серед дітей Рівненської області (0-17 років) до вихідного року спостереження має незначну тенденцію до зниження (на 2%, з 13887,2 в 2009 р. до 13605,9 в 2013 р. на 10 тис. осіб відповідного віку) (табл. 3.3.1).

*Таблиця 3.3.1*

#### **Загальний рівень захворюваності серед дітей 0-17 років**

**Рівненської області (на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Рік	0-17 років
2009	13887,2
2010	14088,4
2011	13706,7
2012	13396,1
2013	13605,9
2014	13738,6
2015	14077,8
2016	14014,9

*Продовження таблиці 3.3.1*

**рівень захворюваності дитячого населення ( 0-17 років) в розрізі  
районів та міст Рівненської області  
(на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	13118,2	14453,2	13774,7	12803,4	13044,6	12903,8	13013,1	14382,0
Володимирецький	11614,3	10652,5	11853,3	10703,5	10593,8	11310,7	10962,3	12026,6
Гощанський	12222,5	13253,6	11857,9	11814,0	11940,1	10908,0	10129,6	11173,2
Демидівський	10762,2	11711,5	11860,4	12133,7	12131,6	11345,4	11411,6	11337,1
Дубнівський	8159,6	8501,4	8687,6	8006,6	8142,2	8364,3	8373,6	8424,3
Дубровицький	12457,9	14118,5	13826,3	14603,4	15145,5	15219,7	14309,7	13966,1
Зарічненський	7417,6	7529,1	7343,9	7181,1	6665,5	6961,1	6622,4	6593,2
Здолбунівський	12908,2	14668,9	15681,5	15953,1	15226,6	15135,6	16102,5	14597,9
Корецький	12647,3	13362,4	10948,4	10881,5	10670,4	12201,4	11557,9	11976,0
Костопільський	12908,6	12594,7	12274,3	12388,6	11958,3	11562,2	11210,7	10637,6
Млинівський	12382,5	12544,1	13456,3	14334,7	14741,4	15411,4	15676,7	15594,2
Острозький	14648,0	15458,3	16143,9	15453,5	15532,2	15800,8	16121,9	15946,7
Радивилівський	10629,5	12008,1	10605,7	11996,6	14324,7	13347,9	18285,3	13775,3
Рівненський	15974,5	15377,2	15396,4	14729,3	15130,6	16667,6	16612,7	15361,1
Рокитнівський	8086,0	7793,8	7949,5	8397,1	8396,9	8682,8	9574,4	9463,0
Сарненський	14486,3	17135,4	16349,7	14186,1	14867,7	14405,7	16225,9	15906,7
м. Рівне	20245,1	18089,6	17176,1	17548,9	18140,3	18387,9	19335,9	19659,1
м. Вараш	14344,9	14962,5	12327,1	12640,4	11821,1	12465,3	9907,9	10015,8

м. Дубно	18636,5	15822,8	18757,4	16931,5	16564,0	14743,1	12705,4	14971,2
По області	13887,2	14088,4	13706,7	13396,1	13605,9	13738,6	14077,8	14014,9

Найбільший рівень захворюваності дитячого населення протягом 2009-2013 рр. спостерігається за наступними класами захворювань: хвороби органів дихання, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби органів травлення, хвороби ока та придаткового апарату, хвороби ендокринної системи (табл. 3.3.2, табл. 3.3.2 (продовження)).

Таблиця 3.3.2

**Первинна захворюваність серед дітей 0-17 років області за класами хвороб згідно МХБ-10 за період 2009-2016 рр. (на 10 тис. дитячого населення)**

Рік	Клас I	Клас II	Клас III	Клас IV	Клас V	Клас VI	Клас VII	Клас VIII	Клас IX
2009	418,3	36,5	387,1	617,4	45,2	226,1	699,7	405,2	208,3
2010	389,2	40,1	343,2	564,5	45,3	233,2	732,5	409,1	202,5
2011	479,4	37,9	324,9	508,8	37,2	252,4	714,3	446,8	200,1
2012	470,4	49,7	301,0	500,5	33,3	237,2	666,7	421,4	191,4
2013	508,6	48,7	262,0	460,6	35,1	236,6	636,9	461,9	161,0
2014	428,2	42,2	249,8	409,0	34,5	254,6	634,4	484,2	160,5
2015	410,4	36,6	253,7	349,1	30,0	239,5	761,4	482,2	152,6
2016	435,6	38,8	236,3	309,2	30,2	228,5	662,7	442,8	135,9

Таблиця 3.3.2 (продовження)

Рік	Клас X	Клас XI	Клас XII	Клас XIII	Клас XIV	Клас XVII	Клас XIX-XX
2009	7453,6	900,2	914,3	392,5	274,7	68,0	483,2
2010	7660,3	880,5	905,1	470,2	289,2	68,1	510,1
2011	7288,0	849,6	885,4	460,5	263,8	78,6	537,3
2012	7135,6	853,9	899,4	424,3	287,7	76,4	507,3
2013	7478,2	851,6	893,5	378,1	283,1	71,8	523,9
2014	7749,0	849,2	905,1	413,2	284,3	72,4	467,7
2015	8165,2	823,2	868,8	391,1	303,4	71,0	454,5
2016	8270,8	802,6	890,8	430,9	309,1	68,7	446,0

Захворюваність дитячого населення Рівненської області за період спостереження має тенденцію до зростання за наступними класами захворювань: інфекційні та паразитарні захворювання (клас I) на 21,6 % (з 418,3 в 2009 р. до 508,6 в 2013 р. на 10 тис. дитячого населення); новоутворення (клас II) на 33,4% (з 36,5 до 48,7 відповідно); хвороби

нервової системи (клас VI) на 5% (з 226,0 до 236,1 відповідно); хвороби вуха та придаткового апарату (клас VIII) на 12,3% (з 405,2 до 461,9 відповідно); травми та інші зовнішні причини (клас XIX-XX) на 8% (з 483,2 до 523,9 відповідно); вади розвитку (клас XVII) на 5,5% (з 68,0 до 71,8 відповідно); незначна, але стійка тенденція протягом 5 років дослідження до зростання показника захворюваності дітей хворобами сечостатевої системи (XIV) на 3% (з 274,7 до 283,1 відповідно). Незначне, але зростання рівня первинної захворюваності на хвороби дихання до базисного року спостереження з 7456,6 на 10 тис. дитячого населення в 2009 р. до 7478,2 в 2013 р. (табл. 3.3.2, табл. 3.3.2 (продовження)).

Протягом 2009-2013 рр. рівень первинної захворюваності дітей 0-17 років області хворобами крові (клас III) знизився на 48% (з 387,1 на 10 тис. дитячого населення в 2009 р. до 262,0 в 2013 р.); хворобами ендокринної системи (клас IV) на 25% (з 617,4 до 460,6 відповідно); на психічні розлади (клас V) знизився на 22% (з 45,2 до 35,1 відповідно); на хвороби ока (клас VII) на 9% (з 699,7 до 636,9 відповідно); на хвороби системи кровообігу (клас IX) на 22,7% (з 208,3 до 161,0 відповідно); хвороби органів травлення (клас XI) на 5% (з 900,2 до 851,6 відповідно); хвороби кістково-м'язової системи (клас XIII) на 3,7% (з 392,5 до 378,1 відповідно); хвороби шкіри та підшкірної клітковини (клас XII) на 2,3% (з 914,3 до 893,5 відповідно) (табл. 3.3.2, табл. 3.3.2 (продовження)).

За результатами аналізу визначено негативні тенденції зростання рівня первинної захворюваності дитячого населення Рівненської області інфекційними та паразитарними хворобами, новоутвореннями, хворобами вуха та придаткового апарату.

#### **3.4. Характеристика поширеності хвороб серед дорослого населення за класами хвороб в період 2009-2016 рр.**

Загальна поширеність хвороб населення Рівненської області за роки дослідження збільшилась на 3,2% (з 18312,2 в 2009 р. на 10 тис. населення

області до 18703,7 в 2013р). Поширеність хвороб дорослого населення області також має тенденцію до поступового зростання на 4,9% до базисного року спостереження (табл. 3.4.1).

Таблиця 3.4.1

**Поширеність хвороб загальна та дорослого населення Рівненської області в період 2009-2016 рр. ( на 10 тис. відповідного населення)**

Рік	Загальний поширеність хвороб (дорослі та діти)	Дорослі (18 і старше)
2009	18132,2	17465,3
2010	18307,1	17655,7
2011	18271,6	17721,6
2012	18397,2	17986,8
2013	18703,7	18325,8
2014	18659,1	18292,0
2015	19080,6	18730,8
2016	19035,3	18722,2

Продовження таблиці 3.4.1

**Поширеність хвороб загальна ( дорослого та дитячого населення) в розрізі районів та міст Рівненської області  
(на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	18527,1	19659,7	19569,6	19513,6	19365,9	19124,8	19198,6	19359,7
Володимирецький	16469,2	15400,8	16697,7	15924,7	16009,2	15787,7	15340,7	16076,4
Гощанський	18942,5	19693,3	19231,1	19233,8	19838,7	19628,9	17634,1	19226,5
Демидівський	15951,6	17464,6	17794,1	18059,8	18894,6	18570,7	19032,5	18796,3
Дубнівський	13023,4	12663,8	12025,1	12322,3	11611,1	11135,3	11394,6	11522,2
Дубровицький	17407,2	17407,7	17619,8	17778,4	17998,3	17365,5	16593,1	15469,5
Зарічненський	16993,2	17208,1	17454,2	17277,8	16986,1	17666,4	17406,5	17768,9
Здолбунівський	16194,5	16683,5	16655,7	16902,3	17548,8	17023,1	17064,5	16924,8
Корецький	18113,2	18758,6	17783,5	17821,6	18195,5	17438,1	17667,4	17498,7
Костопільський	15755,1	16048,4	16204,0	17071,6	17575,0	17670,3	17692,6	17498,1
Млинівський	16113,8	16321,1	16669,6	18105,0	18305,5	18837,1	19121,1	19043,9
Острозький	17837,7	18153,6	17496,2	17239,8	18276,5	18875,7	19033,3	19382,3

Радивилівський	14945,5	14849,1	14599,5	15451,6	17379,0	17261,2	17866,9	16376,8
Рівненський	19223,2	19646,8	19537,9	19917,2	19619,9	19766,7	19671,9	19071,1
Рокитнівський	14190,2	13931,4	15467,2	16327,9	16508,9	17055,9	17455,3	17323,8
Сарненський	19803,3	20439,6	20369,1	19305,2	19558,7	18789,3	20860,1	19729,2
м. Рівне	21452,8	21386,2	21142,4	21333,7	22020,6	22443,7	23977,5	24356,5
м. Вараш	16915,9	17841,1	17116,4	17748,9	17357,1	17356,1	16759,4	17255,9
м. Дубно	19502,7	18339,6	17751,3	17301,2	17026,2	15940,9	15440,3	15836,2
По області	18132,2	18307,1	18271,6	18397,2	18703,7	18659,1	19080,6	19035,3

*Продовження таблиці 3.4.1*

**Поширеність хвороб серед дорослого населення ( 18 років і старші) в  
розрізі районів та міст Рівненської області  
(на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	17695,5	18631,2	18987,8	19433,7	19117,6	18693,3	18839,8	18220,6
Володимирецький	15206,3	14200,1	15333,1	15042,5	15230,8	15022,4	14605,9	15248,0
Гощанський	18483,4	18968,3	18856,0	18828,0	19624,7	19616,7	17146,0	18902,7
Демидівський	15441,2	16823,8	17322,3	17670,8	18660,2	18251,4	18768,2	18398,8
Дубнівський	13232,9	12802,4	11927,4	12493,7	11474,9	10896,0	10993,4	11006,5
Дубровицький	17407,9	17083,5	17499,7	17415,8	17602,7	16777,0	16114,1	14768,6
Зарічненський	17855,8	18068,8	18497,3	18395,6	17978,1	18677,1	18935,6	19512,6
Здолбунівський	15133,3	15512,7	15223,6	15378,9	16396,1	15872,5	15935,1	16432,8
Корецький	18160,3	18659,9	18060,3	18219,6	18626,2	17622,0	18051,2	17894,2
Костопільський	15181,4	15464,4	15552,0	16545,0	17349,0	17603,2	17680,4	17619,6
Млинівський	15272,9	19222,4	15590,5	16879,1	16960,7	17442,7	17648,8	17566,1
Острозький	16840,8	16890,9	16129,1	15955,5	17181,7	17664,5	17740,6	18127,2
Радивилівський	15280,0	14712,2	14658,5	15251,1	16982,7	17047,2	16359,0	15455,0
Рівненський	18775,4	19135,6	19103,3	19627,4	19358,3	19320,9	19163,6	18808,7
Рокитнівський	14884,4	14904,6	17141,3	18168,5	18434,1	19175,2	18972,6	18840,2
Сарненський	18368,1	18289,3	18784,6	18164,8	18142,4	17579,1	19660,1	18483,3
м. Рівне	20122,3	20608,8	20470,5	20694,3	21457,0	21899,6	23601,6	23992,6
м. Вараш	16478,8	17486,1	17452,9	18086,4	17839,1	17581,5	17617,2	18338,0
м. Дубно	17978,4	17647,2	15939,1	16105,3	15700,0	14937,6	14712,5	14743,5

По області	17465,3	17655,7	17721,6	17986,8	18325,8	18292,0	18730,8	18722,2
------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

За результатами аналізу найбільшу поширеність серед дорослого населення області протягом 2009-2013 рр. мають хвороби кровообігу (клас IX), хвороби органів дихання (клас X), хвороби органів травлення (клас XI), хвороби кістково-м'язової системи (клас XIII), хвороби ендокринної системи (клас IV), хвороби ока та придаткового апарату (клас VII) (табл. 3.4.2, табл. 3.4.2 (продовження)).

Таблиця 3.4.2

**Поширеність хвороб серед дорослого населення області за класами  
захворювань згідно МКХ-10 за період 2009-2016 рр.**

(на 10 000 дорослого населення)

Рік	Клас I	Клас II	Клас III	Клас IV	Клас V	Клас VI	Клас VII	Клас VIII	Клас IX
2009	314,2	418,3	93,7	967,8	470,1	598,2	967,3	333,4	5798,7
2010	315,5	412,7	98,5	994,3	472,3	604,2	996,7	330,8	5905,4
2011	286,9	439,5	96,2	1043,8	470,1	605,5	1011,6	321,1	6033,2
2012	289,0	443,5	100,9	1124,2	475,7	607,9	1056,9	317,1	6142,8
2013	280,8	485,4	101,0	1167,5	474,1	598,9	1118,4	336,5	6254,8
2014	260,5	493,7	107,0	1209,8	469,0	610,9	1096,5	326,2	6285,9
2015	245,1	539,6	108,3	1247,5	467,5	620,7	1132,9	337,0	6401,9
2016	258,4	565,3	110,1	1260,0	465,0	590,5	1084,5	343,1	6367,6

Таблиця 3.4.2 (продовження)

Рік	Клас X	Клас XI	Клас XII	Клас XIII	Клас XIV	Клас XVII	Клас XIX-XX
2009	2397,3	1756,4	470,9	1041,3	953,8	25,1	548,3
2010	2302,5	1816,3	486,5	1062,4	969,5	25,2	566,9
2011	2207,1	1816,9	493,5	1058,5	950,3	26,9	561,2
2012	2168,3	1859,5	488,7	1056,5	968,6	28,8	566,8
2013	2187,5	1904,1	481,0	1074,4	991,4	30,0	564,9
2014	2178,7	1931,3	472,2	1054,5	988,9	32,6	513,7
2015	2224,7	1933,7	501,6	1118,6	1056,0	34,6	521,1
2016	2296,1	1970,1	494,9	1096,1	1046,8	35,7	512,4

Серед дорослого населення зростає поширеність хвороб системи кровообігу (клас XI) на 8% (з 5798,7 в 2009 р. на 10 тис. дорослого населення до 6254,8 в 2013 р.), новоутворень (клас II) на 16% (з 418,3 до 485,4



відповідно), хвороб крові та кровотворних органів (клас III) на 7,8% (з 93,7 до 101,0 відповідно), хвороб ендокринної системи (клас IV) на 20,6% (з 967,8 до 1167,5 відповідно), хвороб ока (VII) на 15,6% (з 967,3 до 1118,4 відповідно), хвороб органів травлення (клас XI) на 8,4% (з 1756,4 до 1904,1 відповідно), вад розвитку (клас XVII) на 19,5% (з 25,1 до 30,0 відповідно), травм та інших зовнішніх причин (клас XIX-XX) на 3% (з 548,3 до 564,9 відповідно) (табл. 3.4.2, табл. 3.4.2 (продовження)).

Практично без змін до базисного року спостереження на досить постійному рівні зберігається поширеність серед дорослого населення області психічних розладів (клас V), нервових хвороб (клас VI), хвороб вуха та соскоподібного відростка (клас VIII), шкіри та підшкірної клітковини (клас XII), хвороб сечостатевої системи (клас XIV), хвороб кістково-м'язової системи (клас XIII).

За період дослідження просліджується тенденція до зменшення поширеності серед дорослого населення Рівненської області інфекційних хвороб (клас I) на 10,6% (з 314,2 на 10 тис. дорослого населення області в 2009 р. до 280,8 в 2013р.), хвороб органів дихання (клас X) на 9% (з 2397,3 до 2187,5 відповідно).

Таким чином, протягом 2009-2013 рр. поширеність хвороб серед дорослого населення області за більшістю класів захворювань має тенденцію до зросту, в значній мірі це стосується збільшенню поширеності новоутворень, хвороб ендокринної системи, хвороб ока, вад розвитку, хвороб травлення. Водночас спостерігається зменшення показників поширеності інфекційних захворювань та хвороб органів дихання.

### **3.5. Характеристика поширеності хвороб серед дитячого населення за класами захворювань за період 2009-2016 рр.**

На відміну від показників загальної поширеності хвороб всього населення Рівненської області та поширеності хвороб серед дорослого населення області, показник загальної поширеності хвороб дитячого населення

Рівненської області до базисного року спостереження зменшився на 1,7% (з 20284,2 на 10 тис. дитячого населення в 2009 р. до 19924,1 в 2013 р. та 20037,4 в 2016 році) (табл. 3.5.1).

Таблиця 3.5.1

**Загальна поширеність хвороб серед дитячого населення Рівненської області в період 2009-2016 рр. ( на 10 тис. дитячого населення)**

Рік	0-17 років
2009	20284,2
2010	20375,5
2011	20054,0
2012	19729,5
2013	19924,1
2014	19838,9
2015	20198,8
2016	20034,4

Продовження таблиці 3.5.1

**Поширеність хвороб серед дитячого населення ( 0-17 років) в розрізі районів та міст Рівненської області (на 10 тис. осіб відповідного віку)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	20498,2	22075,1	20928,1	19697,4	19934,9	20105,8	20016,4	21960,5
Володимирецький	19320,3	18091,3	19758,5	17910,8	17752,2	17483,6	16953,9	17891,0
Гощанський	20663,4	22762,2	20614,1	20721,5	20620,2	19673,1	19364,9	20368,0
Демидівський	17679,0	19729,1	19441,6	19426,7	19722,0	19707,3	19968,8	20208,1
Дубнівський	12249,3	12142,2	12391,7	11679,8	12122,1	12028,1	12892,1	13451,8
Дубровицький	17410,0	18428,9	17982,1	18885,5	19219,9	19185,9	18079,3	17668,6
Зарічненський	14596,1	14786,6	14574,6	14195,9	14294,3	14921,9	13301,9	13117,3
Здолбунівський	20263,3	21025,3	22260,9	22864,2	22078,7	21513,1	21397,5	18789,8
Корецький	17953,5	19134,4	16819,8	16414,6	16679,9	16795,9	16334,9	16132,6
Костопільський	17734,6	18032,1	18450,7	18875,8	18344,6	17896,4	17732,9	17096,8
Млинівський	18869,1	15435,5	20304,5	22291,8	22920,3	23686,9	24223,1	24184,1
Острозький	21540,8	22842,4	22758,3	22205,4	22506,3	23566,4	24091,0	24344,7

Радивилівський	13811,6	12008,9	14394,3	16164,1	18788,8	18025,3	23258,4	19658,8
Рівненський	20760,3	21391,6	21031,6	20911,6	20505,4	21250,7	21336,8	19916,5
Рокитнівський	12845,6	12036,6	12284,3	12849,5	12866,4	13107,7	14643,6	14508,8
Сарненський	23295,4	26090,3	24236,7	22101,2	23040,7	21739,6	23783,3	22781,9
м. Рівне	27240,9	24388,5	24095,3	24154,5	24466,3	24811,4	25613,4	25938,9
м. Вараш	18193,3	18820,4	16098,9	16708,7	15861,6	16649,1	14043,7	13768,8
м. Дубно	25785,3	20459,1	25259,1	22286,2	22529,4	20102,5	18439,9	20242,2
По області	20284,2	20375,5	20054,0	19729,5	19924,1	19838,9	20198,8	20034,4

Найбільшу поширеність серед дитячого населення Рівненської області мають хвороби органів дихання (клас X), хвороби ендокринної системи (клас IV), хвороб органів травлення (клас XI), хвороби ока та придаткового апарату (клас VII), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (XII) (табл.3.5.2, табл. 3.5.2 (продовження)).

Таблиця 3.5.2

**Поширеність хвороб серед дитячого населення області за класами  
захворювань згідно МКХ-10 за період 2009-2016 рр.**

(на 10 000 дитячого населення)

Рік	Клас I	Клас II	Клас III	Клас IV	Клас V	Клас VI	Клас VII	Клас VIII	Клас IX
2009	480,7	77,8	676,1	2261,8	231,4	611,8	1368,2	453,5	520,2
2010	451,3	81,5	624,4	2189,3	235,7	608,3	1374,5	458,3	537,8
2011	543,7	74,1	610,1	2129,4	251,1	625,9	1297,5	495,0	549,2
2012	551,9	87,3	590,8	2075,2	249,8	610,8	1249,8	501,4	505,0
2013	547,5	91,3	531,9	2000,2	249,3	621,1	1207,2	510,5	512,7
2014	462,5	89,5	497,3	1926,1	251,7	637,5	1216,1	536,2	489,0
2015	442,5	92,6	470,9	1840,5	241,6	629,1	1322,3	538,4	511,5
2016	457,4	92,3	465,0	1726,9	230,8	614,9	1209,4	496,2	495,1

Таблиця 3.5.2 (продовження)

Рік	Клас X	Клас XI	Клас XII	Клас XIII	Клас XIV	Клас XVII	Клас XIX-XX
2009	8265,3	1796,2	991,5	915,8	511,3	227,0	493,1
2010	8397,7	1779,8	1007,2	976,3	512,5	241,5	519,7
2011	7996,9	1796,6	998,3	1007,4	483,5	260,3	546,3
2012	7828,3	1807,0	1043,1	955,6	501,2	268,5	518,0
2013	8248,8	1802,9	1035,3	884,2	498,0	290,4	535,9

2014	8395,9	1735,1	1056,0	913,7	499,8	300,0	480,0
2015	8859,0	1714,5	1033,5	875,5	523,0	293,9	467,2
2016	8956,1	1688,7	1059,3	925,4	525,6	293,8	456,6

З 2009 р. показник поширеності інфекційних хвороб (клас I) серед дітей Рівненської області збільшився на 14% (з 480,7 в 2009 р. на 10 тис. дитячого населення до 547,5 в 2013 р.), новоутворень (клас II) на 17,4% (з 77,8 до 91,3 відповідно), психічних розладів (клас V) на 7% (з 231,4 до 249,3 відповідно), нервових хвороб (клас VI) на 1,5% (з 611,8 до 621,1 відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (клас VIII) на 12,6% (з 443,5 до 510,5 відповідно), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (клас XII) на 4,4% (з 991,5 до 1035,3 відповідно), вади розвитку (клас XVII) на 28% (з 227,0 до 290,4 відповідно), травми (клас XIX-XX) на 8,7% (з 493,1 до 535,9 відповідно) (табл.3.5.2, табл. 3.5.2 (продовження)).

Поширеність хвороб дихання (клас X) і травлення (клас XI) серед дітей Рівненської області за всі 5 років спостереження залишається без значних змін (дихання: з 8265,3 в 2009 р. до 8248,8 в 2013 р.; травлення: 1796,2 та 1802,9 відповідно).

За аналізований період показник поширеності серед дитячого населення захворювань крові (клас III) зменшився на 27% (з 676,1 на 10 тис. дитячого населення в 2009 р. до 531,9 в 2013 р.), ендокринних захворювань (клас IV) на 11,6% (з 2261,8 та 2000,2 відповідно), хвороб ока та придаткового апарату (клас VII) зменшився на 11,8% (з 1368,2 до 1207,2 відповідно), хвороб кровообігу (клас IX) на 1,4% (з 520,2 до 512,7 відповідно), хвороб кістково-м'язової системи (клас XIII) на 3,4% (з 915,8 до 884,2 відповідно), хвороб сечостатевої системи (клас XIV) на 2,6% (з 511,3 до 498,0 відповідно).

За результатами дослідження до базисного року спостереження визначено збільшення показників поширеності інфекційних хвороб, новоутворень, хвороб вуха та придаткового апарату, вад розвитку серед дитячого населення Рівненської області та зменшення показників поширеності хвороб крові і хвороб ендокринної системи.

### 3.6. Аналіз смертності населення Рівненської області в період 2009-2016 рр.

Смертність представляє собою інтегральний показник, вивчення якого використовують для оцінки громадського здоров'я населення. Динаміка загального коефіцієнта смертності населення Рівненської області за період дослідження має тенденцію до його зниження в 2013 р. на 6,2% до базисного року спостереження (табл.3.6.1).

Таблиця 3.6.1

#### Загальний показник смертності населення Рівненської області від усіх хвороб (на 10 000 жителів)

Рік	Загальний показник (від усіх хвороб)
2009	132,3
2010	128,4
2011	121,7
2012	122,3
2013	124,1
2014	122,6
2015	119,5
2016	117,8

Продовження таблиці 3.6.1

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	191,0	169,6	164,2	178,6	173,7	163,5	168,2	172,7
Володимирецький	193,5	183,8	171,5	174,2	165,4	173,4	172,9	175,2
Гошанський	249,0	244,3	25,7	247,2	264,3	256,6	253,3	250,1
Демидівський	242,1	240,0	220,8	226,8	202,2	250,2	238,1	219,4
Дубнівський	224,5	211,1	210,9	198,3	207,5	200,9	196,2	206,0
Дубровицький	200,5	199,6	189,3	201,2	208,6	199,4	197,1	183,2
Зарічненський	217,6	190,2	185,6	195,2	176,6	188,7	178,5	177,7
Здолбунівський	215,3	208,1	191,3	199,6	204,3	194,0	201,5	197,0
Корецький	236,1	219,5	208,8	215,0	217,6	225,5	224,6	214,9
Костопільський	175,6	179,1	170,4	165,3	170,2	174,7	171,8	179,4
Млинівський	228,9	232,6	215,9	204,9	220,8	219,6	218,4	213,1
Острозький	180,6	190,0	172,9	181,3	181,2	179,4	175,8	162,2
Радивилівський	207,8	211,2	193,2	194,4	195,7	189,3	204,3	186,5

Рівненський	190,7	182,2	186,0	175,0	178,1	188,3	180,4	181,8
Рокитнівський	185,1	171,3	168,2	160,9	151,1	161,0	161,2	156,7
Сарненський	163,6	152,9	143,5	149,3	150,8	156,8	155,1	141,4
м. Рівне	96,6	97,2	85,9	88,5	95,1	81,2	67,0	72,8
м. Вараш	68,2	73,3	70,0	66,7	73,7	72,2	78,6	67,6
м. Дубно	169,1	179,8	163,7	151,1	162,0	164,7	161,4	150,3
По області	170,5	166,2	156,8	157,5	160,4	158,5	154,5	152,3

Найбільші за своїм значенням показники смертності за класами захворювань належать хворобам системи кровообігу (клас IX), новоутворенням (клас II), травмам та іншим причинам смерті (XIX-XX), хворобам органів дихання (клас X) та хворобам травлення (XI). В 2013 р. показник смертності від новоутворень знизився до базисного року спостереження на 1,8% (2013р. 15,6 на 10 тис. населення області, 2009 р. – 15,9), поступово знижується значення показника смертності населення області від хвороб системи кровообігу на 6,4 % (2009 р. 95,0, 2013 р. 88,9 на 10 тис. населення області), хвороб органів дихання на 7,7% (2,6; 2,4 відповідно), від хвороб органів травлення на 16,7% (4,8; 4,0 відповідно), від травм та інших причин на 19,3% (8,3; 6,7 відповідно). Відзначається зростання показника смертності від неточно позначених причин в 2,7 рази (0,6; 1,6 відповідно) (табл. 3.6.2, табл. 3.6.2 (продовження)).

Таблиця 3.6.2

**Основні причини смерті населення Рівненської області за класами хвороб згідно МКХ-10 за період 2009-2016 рр. (на 10 000 жителів)**

Рік	Клас I	Клас II	Клас III	Клас IV	Клас V	Клас VI	Клас IX	Клас X	Клас XI
2009	1,5	15,9	0,08	0,4	0,2	1,0	95,0	2,6	4,8
2010	1,4	15,5	0,08	0,3	0,3	0,8	94,4	2,3	4,0
2011	1,3	15,4	0,1	0,4	0,4	0,8	87,9	2,0	3,3
2012	1,4	15,4	0,09	0,4	0,2	0,9	89,0	1,8	3,8
2013	1,5	15,6	0,05	0,4	0,3	1,0	88,9	2,4	4,0
2014	1,1	15,6	0,06	0,4	0,3	0,9	89,1	2,2	3,9
2015	1,0	14,9	0,05	0,3	0,3	1,0	87,0	2,1	3,9

2016	1,2	15,6	0,07	0,4	0,2	0,8	84,8	2,2	3,5
------	-----	------	------	-----	-----	-----	------	-----	-----

Таблиця 3.6.2 (продовження)

Рік	Клас XIV	Клас XII	Клас XIII	Клас XVII	Клас XVIII	Клас XIX-XX
2009	0,5	0,04	0,2	0,7	0,6	8,3
2010	0,4	0,01	0,1	0,6	0,5	7,1
2011	0,5	0,02	0,1	0,6	0,8	7,4
2012	0,5	0,05	0,1	0,5	0,4	7,2
2013	0,5	0,04	0,1	0,5	1,6	6,7
2014	0,5	0,03	0,08	0,5	1,0	6,8
2015	0,4	0,02	0,1	0,5	0,8	6,7
2016	0,5	0,04	0,2	0,6	0,7	6,5

Вивчаючи структуру смертності населення Рівненської області відзначається достатньо стабільний розподіл рейтингових місць за останні 5 років, а саме: I місце належить хворобам системи кровообігу (клас IX) – 71,7%; II місце займають новоутворення (клас II) – 12,5%; III – травми та інші причини смерті (клас XIX-XX) – 5,4% (табл. 3.6.3, табл. 3.6.3 (продовження)).

Таблиця 3.6.3

**Структура смертності населення Рівненської області за класами захворювань згідно МКХ-10 (%)**

Рік	Клас I	Клас II	Клас III	Клас IV	Клас V	Клас VI	Клас IX
2009	1,1	12,0	0,06	0,3	0,2	0,8	71,8
2010	1,1	12,0	0,06	0,2	0,2	0,7	73,5
2011	1,1	12,6	0,05	0,4	0,3	0,6	72,3
2012	1,2	12,6	0,07	0,3	0,2	0,8	72,8
2013	1,2	12,5	0,04	0,3	0,2	0,8	71,7
2014	0,89	12,7	0,048	0,3	0,2	0,7	72,5
2015	0,8	12,4	0,04	0,25	0,2	0,8	72,8
2016	1,0	13,2	0,05	0,3	0,17	0,7	71,9

Таблиця 3.6.3(продовження)

Рік	Клас X	Клас XI	Клас XIV	Клас XVII	Клас XVIII	Клас XIX-XX
2009	2,0	3,6	0,4	0,5	0,4	6,2
2010	1,8	3,1	0,3	0,5	0,4	5,6

2011	1,6	2,7	0,4	0,5	0,6	6,1
2012	1,5	3,1	0,4	0,4	0,3	5,9
2013	1,9	3,2	0,4	0,4	1,3	5,4
2014	1,8	3,1	0,4	0,4	0,8	5,5
2015	1,75	3,26	0,3	0,4	0,6	5,6
2016	1,8	2,9	0,4	0,5	0,6	5,5

IV місце належить хворобам травлення (3,2% в 2013 р.), V– хворобам дихання (1,9% в 2013 р.).

Показники дитячої та малюкової смертності за роки спостереження теж мають тенденцію до зниження: на 24,2% дитяча смертність (9,1 на 10 тис. дітей відповідного віку в 2009 р., 6,9 в 2013 р.) та на 16,2% малюкова смертність (2009 р. – 9,37 на 1000 дітей народжених живими, 2013 р. – 7,85 відповідно) (табл. 3.6.4).

*Таблиця 3.6.4*

**Показники дитячої смертності Рівненської області за період 2009-2016 рр.**

Рік	Показник малюкової смертності (на 1000 народжених живими)	Показник смертності (діти 0-17 років) на 10 000 дітей відповідного віку
2009	9,37	9,1
2010	9,21	8,5
2011	8,86	7,8
2012	8,05	8,2
2013	7,85	6,9
2014	8,02	8,2
2015	8,51	7,4
2016	8,31	7,7

*Продовження таблиці 3.6.4*

**Показник малюкової смертності в розрізі районів та міст Рівненської області (на 1000 народжених живими)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	7,80	10,12	9,86	8,06	9,39	5,70	10,12	11,76
Володимирецький	7,75	12,02	11,12	7,25	9,02	6,83	10,89	9,19
Гощанський	6,70	6,55	8,74	8,62	6,57	8,93	7,39	8,13
Демидівський	11,56	-	9,90	-	6,02	5,92	-	13,51
Дубнівський	9,82	10,95	16,91	9,31	16,16	3,80	7,65	10,47



Дубровицький	11,18	10,42	11,45	9,46	6,99	11,91	12,29	3,18
Зарічненський	10,41	12,01	3,27	6,33	6,83	5,17	9,70	6,12
Здолбунівський	11,35	4,27	6,77	11,15	6,72	9,82	7,75	9,40
Корецький	12,15	9,19	8,83	15,03	6,80	6,69	6,95	2,91
Костопільський	12,38	10,57	3,93	13,26	8,33	3,20	3,54	7,67
Млинівський	5,95	8,35	5,99	7,65	6,01	2,19	7,17	11,51
Острозький	5,75	9,97	3,84	5,37	11,61	9,81	9,02	6,89
Радивилівський	10,86	4,88	6,90	8,33	8,20	4,31	6,67	11,63
Рівненський	7,24	9,86	5,44	4,32	4,52	7,10	7,30	6,51
Рокитнівський	10,05	14,97	10,14	14,50	8,61	9,86	9,86	6,02
Сарненський	6,37	5,89	10,05	5,60	7,94	7,60	8,89	5,31
м. Рівне	11,53	8,05	8,21	6,78	6,60	11,14	8,52	8,67
м. Вараш	7,61	3,21	6,75	9,69	6,48	8,97	3,70	9,49
м. Дубно	8,69	10,0	15,55	2,03	5,94	8,83	12,38	14,69
По області	9,37	9,21	8,86	8,05	7,85	8,02	8,51	8,31

*Продовження таблиці 3.6.4*

**Показник загальної дитячої смертності в розрізі районів та міст  
Рівненської області (на 10 000 дітей 0-17 років)**

Назва міст і районів	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	9,6	9,6	7,9	7,8	10,3	8,2	8,2	8,7
Володимирецький	8,5	12,0	9,4	11,4	7,7	8,0	10,0	10,4
Гощанський	7,9	5,8	9,1	9,1	6,5	6,5	6,4	3,8
Демидівський	8,7	3,0	9,1	6,1	6,2	3,1	-	6,3
Дубнівський	10,2	8,2	9,3	8,3	8,3	3,1	4,1	8,3
Дубровицький	8,9	6,8	6,6	12,5	6,7	10,9	9,3	5,1
Зарічненський	10,7	11,9	4,3	7,5	6,3	8,4	7,3	11,3
Здолбунівський	5,9	5,8	8,6	8,6	6,9	6,8	5,1	6,7
Корецький	13,8	6,9	7,8	9,2	9,3	7,9	11,9	4,0
Костопільський	7,6	8,2	4,8	13,0	6,1	4,0	2,0	7,3
Млинівський	10,9	7,7	9,0	4,6	6,9	4,7	10,6	5,9
Острозький	5,3	11,7	5,5	8,8	7,7	9,9	7,8	6,7
Радивилівський	8,0	5,0	9,5	4,8	6,1	8,5	1,1	8,5

Рівненський	9,1	8,0	5,5	6,0	4,0	10,7	4,3	6,0
Рокитнівський	11,1	13,2	12,5	11,8	9,5	11,4	10,7	8,1
Сарненський	7,9	8,6	9,2	5,8	7,1	7,0	9,2	7,6
м. Рівне	10,5	8,3	7,4	7,7	5,6	9,6	7,2	8,5
м. Вараш	8,2	5,4	3,8	7,8	4,8	6,8	3,9	6,9
м. Дубно	8,5	5,4	8,2	2,7	6,8	8,2	12,2	9,4
По області	9,1	8,5	7,8	8,2	6,9	8,2	7,4	7,7

Смертність працездатного населення Рівненської області за період 2009-2013 рр. теж має чіткі тенденції до її зменшення, а саме загальний показник смертності працездатного населення зменшився до базисного року спостереження на 14,9% (2009 р. 47,5 на 10 тис. відповідного населення, 2013 р. 40,4 відповідно), показник смертності жінок працездатного віку зменшився на 29,4% (2009 р. 20,4; 2013 р. 14,4 відповідно), а чоловіків аналогічного віку на 10,3% (2009 р. 72,9; 2013 р. 65,4 відповідно). При цьому в 2009 році чоловіча смертність в працездатному віці була в 3,5 рази більша жіночої, в 2013 спостерігається збільшення різниці до 4,5 рази (табл. 3.6.5).

Таблиця 3.6.5

**Загальні показники смертності працездатного населення Рівненської області за період 2009-2016 рр. (на 10 000 відповідного населення)**

Рік	Все працездатне населення	Показник смертності жінок працездатного віку	Показник смертності чоловіків працездатного віку
2009	47,5	20,4	72,9
2010	43,2	17,2	67,5
2011	42,6	18,0	65,6
2012	43,8	19,0	66,9
2013	40,4	14,4	65,4
2014	39,5	15,1	62,9
2015	39,1	18,2	60,8
2016	40,0	15,9	61,8

За результатами аналізу визначено зниження загального показника смертності населення Рівненської області до базисного року спостереження, показників смертності працездатного населення, а також показників

малюкової та дитячої смертності. Показники смертності населення області зменшилися від хвороб системи кровообігу, хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, травм та інших причин. Відзначається зростання показника смертності від неточно позначених причин (клас XVIII).

### **3.7. Аналіз первинного виходу на інвалідність населення Рівненської області.**

За період 2009-2013 рр. загальний показник виходу на первинну інвалідність населення зменшився з 50,4 до 48, 0 на 10 тис. відповідного населення (на 4,8%). Первинний вихід на інвалідність працездатного населення також зменшився на 6,2%. В цілому спостерігається збільшення первинного виходу на інвалідність за наступними класами хвороб, а саме: психічні розлади на 20% (2009 р. 2,5 на 10 тис. населення; 2013 р. 3,0); хвороби нервової системи на 12,5% (2,1 в 2009 р.; 2,4 в 2013 р.); остеохондроз хребта на 8% (2009 р. – 2,3, 2013 р. – 2,5); хвороби сечостатевої системи на 20% (1,0; 1,2 відповідно); хвороби кістково-м'язового апарату на 7,3% (5,5; 5,9 відповідно)(табл.3.7.1).

*Таблиця 3.7.1*

#### **Первинний вихід на інвалідність по окремих класах хвороб за період 2009-2016 рр. (на 10 тис. населення)**

Рік	Загальний Показник	Працездатного віку	Туберкульоз	Новоутворення	Хвороби ендокринної системи
2009	50,4	59,3	1,6	10,3	1,7
2010	49,3	57,4	1,4	10,5	1,5
2011	54,5	62,1	2,3	11,3	1,7
2012	51,7	58,7	2,1	10,9	1,8
2013	48,0	55,6	1,6	10,1	1,5
2014	44,6	52,1	0,7	10,7	1,5
2015	41,7	46,2	0,8	9,8	1,3
2016	43,3	48,6	1,3	10,9	1,5

*Таблиця 3.7.1 (продовження 1)*

Рік	Психічні розділи	Хвороби вуха	Хвороби нервової системи	Хвороби ока	Хвороби системи кровообігу
-----	------------------	--------------	--------------------------	-------------	----------------------------

2009	2,5	0,3	2,1	2,1	10,7
2010	2,4	0,3	2,0	2,0	10,6
2011	3,5	0,3	2,5	2,2	11,7
2012	2,6	0,4	2,3	2,0	11,0
2013	3,0	0,3	2,4	1,9	9,5
2014	2,3	0,4	1,9	1,6	8,0
2015	2,2	0,2	1,9	1,6	8,3
2016	1,8	0,2	2,0	1,6	7,9

Таблиця 3.7.1 (продовження 2)

Рік	Хвороби органів дихання	Деформуючий артроз	Остеохондроз хребта	Хвороби органів травлення	Травми всіх локалізацій
2009	0,9	1,0	2,3	1,3	8,9
2010	0,8	1,3	2,6	1,2	8,6
2011	0,8	1,5	2,8	1,4	9,0
2012	0,9	2,0	2,4	1,3	8,0
2013	0,8	1,1	2,5	1,1	6,8
2014	0,9	1,8	2,3	1,2	6,8
2015	0,7	1,2	2,2	1,0	6,4
2016	0,6	1,7	1,8	1,1	6,8

Таблиця 3.7.1 (продовження 3)

Рік	Хвороби крові	Хвороби сечостатевої системи	Хвороби кістко-м'язового апарату
2009	0,1	1,0	5,5
2010	0,08	0,9	5,5
2011	0,09	0,9	6,1
2012	0,07	1,0	5,3
2013	0,08	1,2	5,9
2014	0,05	1,1	5,4
2015	0,04	0,6	4,7
2016	0,1	0,5	4,8

За іншими класами захворювання спостерігається зниження показників первинного виходу на інвалідність.

### **3.8. Економічні втрати Рівненської області в наслідок хвороб дорослого населення**

Середні економічні втрати від одного випадку захворюваності в області у 2012 р. склали 970,85 грн. У перерахунку на зареєстроване число захворювань (2012 р. – 1539592376 випадків) економіка області втратила 1,58 млрд грн. від недовиробленої в результаті захворюваності валової продукції.

Найбільші економічні втрати область зазнала від хвороб системи кровообігу (525,8 млн грн.), органів дихання (185,6 млн грн.), органів травлення (159,2 млн грн.), кістково-м'язової системи (90,4 млн грн.), сечостатевої системи (82,9 млн грн.). Структура економічних втрат наведена в табл. 3.8.1.

Таблиця 3.8.1

### Структура економічних втрат в наслідок захворюваності населення

Найменування	Зареєстровано всього, випадків (2012, абс. число)	Структура, %	Середні економічні втрати від недовиробленої в результаті захворюваності валової продукції, грн
Усі хвороби	1 585 819,0	100,0	1 539 592 376,2
Новоутворення	39 103,0	2,5	37 963 147,6
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування	99 112,0	6,2	96 222 885,2
Розлади психіки та поведінки	41 940,0	2,6	40 717 449,0
Хвороби нервової системи	53 319,0	3,4	51 764 751,2
Хвороби ока та придаткового апарату	93 182,0	5,9	90 465 744,7
Хвороби системи кровообігу	541 586,0	34,2	525 798 768,1
Хвороби органів дихання	191 171,0	12,1	185 598 365,4
Хвороби органів травлення	163 942,0	10,3	159 163 090,7
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	43 088,0	2,7	41 831 984,8
Хвороби кістково-м'язової системи	93 144,0	5,9	90 428 852,4
Хвороби сечостатевої системи	85 393,0	5,4	82 903 794,1
Травми,отруєння та деякі інші наслідки	49 971,0	3,2	48 514 345,4
Інші	90 868,0	5,7	88 219 197,8

### Висновки за розділом.

1. За підсумками 2013 року загальний приріст (2,4 на 1000 осіб), міграційний приріст (0,5 на 1000 осіб), народжуваність (17,0‰) , смертність (15,1‰), в тому числі і дитяча до 1 року життя (90 осіб) у сільській місцевості залишається вищою ніж у міських поселеннях (1,0 на 1000 осіб; - 2,2 на 1000 осіб; 13‰; 9,8‰; 48 дітей до 1 року відповідно). Загальний

коефіцієнт природного приросту населення в міській місцевості в 1,7 рази більший (3,2 в місті) ніж у селі (1,9 в селі).

2. Спостерігається зниження загального рівня захворюваності дорослого населення Рівненської області за період 2009-2013 рр. на 6%. Найбільш значне зниження рівня первинної захворюваності дорослого населення за класами хвороб за роки дослідження до базисного року спостереження (2009 р.) відзначається на хвороби органів травлення (21%), вади розвитку (73%), хвороби органів дихання (9%), зростання первинної захворюваності дорослого населення відбулось на новоутворення (на 9%), хвороби ендокринної системи (на 10%), хвороби ока (на 21%).

3. Найбільше зростання рівня захворюваності дитячого населення Рівненської області за період дослідження до базисного року спостереження відзначається за наступними класами хвороб: інфекційні та паразитарні хвороби (на 21,6%), новоутворення (на 33,4%), хвороби вуха та придаткового апарату (на 12,3%). Зменшення рівня первинної захворюваності спостерігається на хвороби крові (на 48%), хвороби ендокринної системи (на 25%), психічні розлади (на 22%), хвороби системи кровообігу (на 22,7%).

4. За період дослідження поширеність хвороб серед дорослого населення області за більшістю класів захворювань має тенденцію до зросту, в значній мірі це стосується збільшенню поширеності новоутворень (на 16%), хвороб ендокринної системи (на 20,6%), хвороб ока та придаткового апарату (на 15,6%), вад розвитку (на 19,5%), хвороб травлення (на 8,4%).

5. Спостерігається збільшення поширеності інфекційних хвороб серед дітей Рівненської області на 14% , новоутворень на 17,4% , психічних розладів на 7%, хвороб вуха та соскоподібного відростка на 12,6%, вад розвитку на 28%, травм на 8,7% . За аналізований період зменшились показники поширеності хвороб крові серед дитячого населення області на 27%, хвороб ендокринної системи на 11,6%, хвороб ока та придаткового апарату на 11,8%.

6. Загальний показник смертності населення Рівненської області знизився на 6,2% до базисного року спостереження (124,1 на 10 тис. жителів), показники малюкової та дитячої смертності теж з чіткими тенденціями до їх зниження за період 2009-2013 рр.. Показник смертності населення області від хвороб системи кровообігу зменшився на 6,4 % (2009 р. 95,0, 2013 р. 88,9 на 10 тис. населення області), хвороб органів дихання на 7,7% (2,6; 2,4 відповідно), хвороб органів травлення на 16,7% (4,8; 4,0 відповідно), травм та інших причин на 19,3% (8,3; 6,7 відповідно). Відзначається зростання показника смертності від неточно позначених причин в 2,7 рази (0,6; 1,6 відповідно). Структура смертності населення області; I місце – хвороби кровообігу (71,7%), II – новоутворення (12,5%), III – травми, отруєння та інші причини смерті (5,4%). Відзначається зменшення показників смертності працездатного населення: жінок працездатного віку зменшився на 29,4% (2009 р. 20,4; 2013 р. 14,4 відповідно), чоловіків аналогічного віку на 10,3% (2009 р. 72,9; 2013 р. 65,4 відповідно), але чоловіча смертність в працездатному віці в 4,5 рази перевищує жіночу в аналогічному віці.

7. Спостерігається збільшення первинного виходу на інвалідність за наступними класами хвороб, а саме: психічні розлади на 20% (2009 р. 2,5 на 10 тис. населення; 2013 р. 3,0); хвороби нервової системи на 12,5% (2,1 ; 2,4 відповідно); остеохондроз хребта на 8% (2,3; 2,5 відповідно); хвороби сечостатевої системи на 20% (1,0; 1,2 відповідно); хвороби кістково-м'язового апарату на 7,3% (5,5; 5,9 відповідно).

8. Встановлені витрати на рівні області в наслідок захворюваності дорослого населення. Середні економічні втрати від одного випадку захворюваності в області у 2012 р. склали 970,85 грн. У перерахунку на зареєстроване число захворювань (2012 р. – 1539592376 випадків) економіка області втратила 1,58 млрд грн. від недовиробленої в результаті захворюваності валової продукції.

**Особисті роботи за матеріалами розділу [7,9,11,12,15,16].**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЇХ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ**

В Рівненській області функціонує 97 закладів охорони здоров'я, в тому числі: 24 центри ПМСД до структури яких входить 179 лікарських амбулаторій загальної практики/сімейної медицини та 616 ФАПів, в яких надається ПМСД, 64 ЗОЗ, в яких надається вторинна медична допомога та 9 ЗОЗ в яких надається третинна медична допомога. ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги не структуризовані за видами медичної допомоги. В них надається інтенсивна та планова медична допомога, проводиться відновне лікування та здійснюється паліативна допомога. В даних ЗОЗ також надається медико-соціальна допомога. Найбільша кількість ЗОЗ (26) сконцентрована в обласному центрі м. Рівне. 9 (10, 0%) ЗОЗ в яких надається третинна медична допомога знаходиться в районах та містах області.

Серед загальної кількості ЗОЗ 58 (60,0 %) знаходиться в сільській місцевості; із них 122 підрозділів Центрів ПМСД та 558 ФАПів.

У рамках децентралізації, до інфраструктури 19 об'єднаних територіальних громад, що створені на теренах області станом на 01.01.2017 року, відійшли 2 районні лікарні, 30 лікарських амбулаторій ЗПСМ, 116 фельдшерсько-акушерських пунктів.

### **4.1. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я в яких надається ПМСД**

Для організації надання населенню ПМСД на засадах сімейної медицини в області проведено юридичне розмежування ЗОЗ первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги для чого в області створено 24 центри ПМСД. Вказані центри створені на території всіх



адміністративних територій області, крім м. Вараша, в якому ПМСД надається структурними підрозділами, які входять до складу МСЧ.

Із загальної кількості населення області 77,5% отримує ПМСД у ЛЗ-СЛ в тому числі 95,7% сільського та 57,7% міського населення.

Частка дорослого населення, яке отримує ПМСД у ЛЗ-СЛ складає 72,1% в тому числі 95,6% сільського та 57,0% міського населення.

Частка дитячого населення, яке отримує ПМСД у ЛЗ-СЛ складає 55,5% в тому числі 70,6% сільського та 25,1 % міського населення.

У дільничних лікарів-терапевтів медичну допомогу отримує 23,0% дорослого населення в тому числі 5,4 % сільського та 17,3 % міського населення.

У дільничних лікарів-педіатрів медичну допомогу отримує 58,5% дитячого населення в тому числі 26,0% сільського та 22,5% міського населення.

Чисельність населення, яке обслуговується в Центрах ПМСД представлено в табл.4.1.

Організаційно ПМСД надається ЛЗ-СЛ які працюють в сімейних амбулаторіях. Всього в області функціонує 179 амбулаторій з яких 122 (68,1%) в сільській та 57 (31,8%) міській місцевості. В районних центрах 14 амбулаторій мають таку ж юридичну адресу як і Центр ПМСД. В місті Рівне теж 9 амбулаторій мають одну адресу з Центрами ПМСД.

Долікарська допомога сільському населенню надається середніми медичними працівниками, які працюють в ФАПх та ФП. Всього в області функціонує 616 таких 303. Із них в поселеннях з кількістю населення до 50 чоловік (0%) та кількістю населення понад 1000 осіб 91 (14,7%). В 49 сільських поселеннях такі заклади не функціонують.

Із загальної кількості амбулаторій сільської місцевості 29 (26,0%) та 26 (77,0%) в містах потребують капітального ремонту.

Для надання ПМСД на засадах сімейної медицини в області введено 455,25 посад ЛЗП-СЛ в тому числі 260,25 посад в сільській місцевості та

195,0 посад в містах. Крім того в сільській місцевості введено 30,75 посад дільничних лікарів-терапевтів та 32,25 посад дільничних лікарів-педіатрів.

Таблиця 4.1

**Населення, яке обслуговується лікарями загальної практики-  
сімейними лікарями**

Назва ЦПМСД (для ЦПМСД, який ще не створено орієнтовна назва)	Кількість прикріпленого населення						
	Всього	Сільське			Міське		
		Всього	Дитяче	Доросле	Всього	Дитяче	Доросле
КЗ "Березнівський районний ЦПМСД"	64093	48892	16508	32384	15201	3095	12106
КЗ "Володимирецький районний ЦПМСД"	65310	52853	17271	35582	12457	3334	9123
КЗ "Гощанський районний ЦПМСД"	27542	22286	4873	17413	5256	1056	4200
КЗ "Центр ПМСД" смт.Демидівка	14431	11920	2637	9283	2511	534	1977
КЗ "Дубенський районний ЦПМСД"	45770	42850	9040	33810	2920	613	2307
КЗ "Дубровицький районний ЦПМСД"	37168	27593	6517	21076	9575	2215	7360
КЗ "Зарічненський районний ЦПМД"	30538	23286	1498	21788	7252	1754	5498
КЗ "Здолбунівський районний ЦПМД"	57258	29057	5132	23925	28201	7005	21196
КЗ "Корецький районний ЦПМСД"	33498	26237	5423	20814	7261	1731	5530
КЗ "Районний ЦПМД Костопільської райради"	64646	33218	7123	26095	31428	7902	23526
КЗ "Млинівський районний ЦПМСД"	37759	29452	6647	22805	8307	1785	6522
КЗ "Острозький районний ЦПМСД"	43814	28601	6115	22486	15213	2594	12619
КЗ "Радивилівський районний ЦПМСД"	37425	26988	5456	21532	10437	2190	8247
КЗ "Центр ПМСД Рівненської райради"	91022	70988	16973	54015	20034	4588	15446
КЗ "Центр ПМСД" Рокитнівського району	56243	46875	17367	29508	9368	2346	7022
КЗ "Сарненський ЦПМСД"	94150	60768	18035	42733	33382	8401	24981
КЗ "Центр ПМСД "Ювілейний" м. Рівне	80821	0	0	0	80821	19776	61045
КЗ ЦПМСД "Північний" м. Рівне	38658	0	0	0	38658	0	38658

КЗ ЦПМС "Центральний" м. Рівне	41545	0	0	0	41545	0	41545
КЗ "Центр ПМСД м.Дубно"	37607	0	0	0	37607	6994	30613
КЗ "Центр ПМСД с.Бабин" Гошанського р-ну	3306	3306	776	2530	0	0	0
КЗ "Центр ПМСД с.Миляч" Дубровицького р-ну	6975	6975	2143	4832	0	0	0
КЗ "ЦПМСД с.Локниця" Зарічненського р-ну	4829	4829	1498	3331	0	0	0
КЗ "ЛА ЗПСМ с. Бугрин" Гошанського р-ну	4342	4342	1053	3289	0	0	0
КЗ "Клесівський ЦПМСД " Сарненського р-ну	10327	5665	1639	4026	4662	1183	3479
КЗ "ЛА ЗПСМ с. Висоцьк" Дубровицького р-ну	4280	4280	989	3291	0	0	0
ДЗ "СМСЧ №3 Вараш"(поліклініка в складі ДЗ "СМСЧ №3 )	42290	0	0	0	42290	10156	32134
<b>Всього</b>	<b>1075647</b>	<b>611261</b>	<b>154713</b>	<b>456548</b>	<b>464386</b>	<b>89252</b>	<b>375134</b>

В містах введено посад: 117,25 дільничних лікарів-терапевтів та 128,75 дільничних лікарів-педіатрів.

Укомплектованість лікарських посад фізичними особами становить:

1) В сільській місцевості: 81,5% ЛЗП-СЛ, 68,3% лікарів дільничних- терапевтів, 22,0% лікарів дільничних педіатрів;

2) В містах: 86,1 % ЛЗП-СЛ, 95,3% лікарів дільничних-терапевтів, 83,2 % лікарів дільничних педіатрів.

Таким чином дефіцит лікарів первинної ланки становить:

3) В сільській місцевості: 48 фізичних осіб ЛЗП-СЛ, 9 лікарів дільничних- терапевтів, 12 лікарів дільничних педіатрів;

4) В містах: 15 фізичних осіб ЛЗП-СЛ, 0 лікарів дільничних-терапевтів, 14 лікарів дільничних педіатрів.

Крім вказаних лікарів в Центрах ПМСД введені посади лікарів-спеціалістів за іншими спеціальностями. Всього введено 219 посад при їх укомплектованості фізичними особами на 100,0%.

Забезпеченість населення посадами ЛЗП-СЛ в сільській місцевості складає 1 лікар на 2200 жителів, а в містах 1 лікар на 1687 жителів.

Для надання якісної та своєчасної ПМСД важливе значення має забезпеченість первинної ланки молодшими медичними працівниками з вищою освітою.

Для надання ПМСД в області введено 2420,5 посад молодших медичних працівників з вищою освітою в тому числі 1614,25 посад для роботи з ЛЗП-СЛ, 127 посад для роботи з дільничними лікарями - терапевтами та 111 посад для роботи з дільничними лікарями - педіатрами.

Співвідношення посад лікарів та посад молодших медичних працівників з вищою освітою становить:

Сімейних лікарів –1:1,8;

Дільничних лікарів-терапевтів –1:1;

Дільничних лікарів-педіатрів –1:1.

При нормативі:

Сімейних лікарів –1:2;

Дільничних лікарів-терапевтів –1:1,5;

Дільничних лікарів-педіатрів –1:1,5.

Укомплектованість посад молодших медичних працівників з медичною освітою становить:

- для роботи з ЛЗП-СЛ-104,6%
- для роботи з дільничними лікарями – терапевтами
- для роботи з дільничними лікарями-педіатрами

Рівень укомплектованості посад медичних працівників ЛЗП-СЛ та сімейними медичними сестрами фізичними особами має достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій: ЛЗП-СМ: від 48,0% в Володимирецькому районі до 100,0% в Гощанському районі; молодших медичних працівників з вищою освітою від 98,3 % в Острозькому районі до 100,0 % в Гощанському районі.

В цілому по області в середньому кількість населення, яке обслуговує одна ЛАЗПСМ 6700 Даний показник має достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій від 1743 у Демидівському районі до 7278 у Рівненському районі. Зокрема:

- у сільській місцевості – від 1743 у Демидівському районі до 4015 у Сарненському районі. Різниця складає 2,3 разів;
- у міській місцевості — від 6063 у Демидівському районі до 12364 у місті Рівне. Різниця складає 2,0 рази.

В середньому кількість прикріплених осіб на одного сімейного лікаря – 2296,6 в тому числі:

- у сільській місцевості 2774.1 (у 1,2 більше нормативу),
- у міській — 1734 осіб при нормативі 1500 на одного ЛЗП-СЛ.

Із загальної кількості фізичних осіб лікарів, які надають ПМСД частка осіб пенсійного віку складає:

Сімейних лікарів – 18,1%;

Дільничних лікарів-терапевтів- 21,3%;

Дільничних лікарів-педіатрів – 19,4%.

Із загальної кількості фізичних осіб лікарів, які надають ПМСД частка осіб перед пенсійного віку складає:

Сімейних лікарів – 27,9 %;

Дільничних лікарів-терапевтів- 31,3%;

Дільничних лікарів-педіатрів - 26,5%.

Із загальної кількості фізичних осіб молодших медичних працівників з вищою освітою, які надають ПМСД частка осіб пенсійного віку складає:

- для роботи з ЛЗП-СЛ - 6,7 %;
- для роботи з дільничними лікарями – терапевтами — 12,1%;
- для роботи з дільничними лікарями-педіатрами 9,4 %.

Із загальної кількості фізичних осіб молодших медичних працівників з вищою освітою, які надають ПМСД частка осіб перед пенсійного віку складає:

- для роботи з ЛЗП-СЛ 11,3 %;
- для роботи з дільничними лікарями – терапевтами 11,1%;
- для роботи з дільничними лікарями-педіатрами 14,2 %.

Важливе місце в організації ПМСД у відповідності до галузевих стандартів відіграє рівень їх забезпеченості автотранспортом та оснащення амбулаторій у відповідності до табелів оснащення, які затверджені МОЗ України.

Проведеним дослідженням встановлено, що у відповідності до галузевих нормативів автотранспортом підрозділи ПМСД укомплектовані на 34,7%. Частка автомобілів з терміном експлуатації понад 8 років становить 60,6 %.

Встановлено низький рівень оснащення амбулаторій відповідно до галузевого нормативу. Так, медичним обладнанням інструментами та інвентарем у відповідності до табелів оснащення оснащено тільки 11,7 % амбулаторій в тому числі 13,1 % в сільській місцевості та 8.7 % в містах.

Автоматизованими робочими місцями забезпечено 34.6 % амбулаторій в тому числі у сільській місцевості 45,0 % та 12,3 % в містах

Проведений аналіз відповідності ЗОЗ первинного та вторинного рівня медичної допомоги діючим ДСТУ (СНіПам) відповідно кількості приміщень та їх площам, системі гарячого та холодного водопостачання, освітлення, опалення, наявності системи знезараження шкідливих відходів тощо показав, Що в цілому даним нормативам в області не відповідає 586 ЗОЗ, 84,2 % від функціонуючих. В тому числі:

ФАПи, ФП – 440.ЗОЗ, 70%;

Амбулаторії – 105.ЗОЗ, 70%;

Поліклініки в тому числі в складі лікарень - 16.ЗОЗ, 100%;

Дільничні лікарні — 1 ЗОЗ, 0%;

Районні лікарні – 4.ЗОЗ, 50%;

Центральні районні лікарні – 16.ЗОЗ, 100 %;

Міські лікарні – 2.ЗОЗ, 100 %;

Дитячі лікарні - 2.ЗОЗ, 100 %.

**Таким чином** загальними проблемами в організації ПМСД встановлені наступні:

- \* низький рівень охоплення населення ПМСД, яку надають ЛЗП-СЛ, з високим рівнем надання медичної допомоги дітям дільничними лікарями-педіатрами;

- \* низький рівень укомплектованості посад лікарів та медичних сестер, які надають ПМСД населенню з великою часткою осіб пенсійного та перед пенсійного віку;

- \* невідповідність співвідношення сімейних лікарів та медичних сімейних сестер;

- \* недостатній рівень оснащення сімейних амбулаторій у відповідності до галузевого стандарту;

- \* показники організації ПМСД мають достовірну різницю за адміністративними територіями області.

#### **4.2. Характеристика амбулаторно-поліклінічної вторинної медичної допомоги**

В області функціонує 68 ЗОЗ в яких надається амбулаторно-поліклінічна допомога населенню, з врахуванням центрів ПМСД. За останній рік кількість даних закладів скоротилася на 95 (62,3%) ЗОЗ, у зв'язку з віднесенням ЛА до структури центрів ПМСД. Планова ємність, з розрахунку на 10 тис населення, практично не змінилася і складає 200,0 відвідувань в зміну з коливаннями від 107,8 в м. Вараш до 314,0 в Зарічненському районі; різниця складає 2,9 ( $p \geq 0,05$ ) разу. Фактична ємність складає 211,4 відвідувань в зміну, або 105,7% від планової. Різниця в розрізі адміністративних територій складає 5,1 ( $p \geq 0,01$ ) разів: від 70,1 в Дубенському районі до 358,4 в м. Дубно.

Далі вивчався та аналізувався рівень відвідування населенням лікарів-спеціалістів поліклінік області. В цілому в області дані показники є стабільним, крім відвідувань населення лікарями на дому, де відмічається тенденція до збільшення показника.

Так, кількість звернень до лікарів-спеціалістів з розрахунку на одного жителя становить в середньому в області 9,7 з коливаннями в розрізі адміністративних територій від 3,2 в Дубенському районі до 16,4 в м. Дубно. Різниця складає 5,1 ( $p \geq 0,01$ ) разів. Рівень відвідувань населення на дому із розрахунку на 1000 жителів в середньому в області становить 769,5 з коливаннями в розрізі адміністративних територій від 444,6 в м. Вараш до 1234,3 в м. Рівно. Різниця складає 2,8 ( $p \geq 0,05$ ) разів.

Частка відвідувань лікарів-спеціалістів з профілактичною метою становить 48,3% з коливаннями в розрізі адміністративних територій від 34,1% Демидівському до 48,5% в Зарічненському районах. Різниця складає 1,4 ( $p \geq 0,05$ ) рази.

Важливим показником в оцінці організації амбулаторно-поліклінічної допомоги є функція посади. Вона теж має достовірні відмінності в розрізі



адміністративних територій від 3800 в Дубенському до 7800 в Рокитнівському районах. Різниця складає 2.1 ( $p \geq 0,05$ ) разів.

В ході дослідження вивчено функцію посади лікарів в розрізі спеціальностей. Отримані результати наведено в табл.4.2.

Аналіз даних табл.4.2 показав, що лікарі-спеціалісти, які надають медичну допомогу дорослому населенню з недостатнім навантаженням працюють за такими спеціальностями: урологи (56,0%), пульмонологи (60,6%), гастроентерологи (61,7%), акушери-гінекологи (67,9%), алергологи (68,2%), офтальмологи (71,9%), хірурги (73,8%), отоларингологи (75,6%), кардіологи (84,1%) і тільки терапевти, травматологи, ревматологи виконують функцію посади.

Лікарі-спеціалісти, які надають медичну допомогу дитячому населенню з недостатнім навантаженням працюють за такими спеціальностями: алергологи (49,5%), гастроентерологи (53,0%), акушери-гінекологи (59,3%), пульмонологи (63,5%), хірурги (67,9%), нефрологи (69,2%), отоларингологи (79,3%), неврологи (87,0%) З перевантаженням працюють лікарі-кардіологи (125,3%), ревматологи (144,1%), та травматологи (116,9%).

Таблиця 4.2

**Функція посади лікарів-спеціалістів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, кількість прийомів на рік (2010-2016 рр.)**

Спеціальність	Норматив	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
З надання медичної допомоги дорослому населенню								
Лікар-терапевт	5922	5948	5890	5896	5768	5834	5807	6051
Лікар-кардіолог	5760	5770	5687	5130	4759	5135,8	4982	4842
Лікар – невролог	7402	7304	7567	7400	7312	7309	7115	7177
Лікар - хірург	12960	11350	11248	10200	9965	9948	9963	9568
Лікар-травматолог	8640	8560	8575	8430	8419	8558	8957	2756
Лікар- уролог	7560	7300	7123	6320	5864	5719	5439	4233
Лікар-гастроентеролог	8640	8530	7120	6030	4904	4919	5178	5334
Лікар –пульмонолог	8640	5323	5105	4900	4165	4187	4508	5239
Лікар- офтальмолог	11520	11130	10980	9995	8284	8833	8819	8283
Лікар-ревматолог	6624	6320	6734	6903	6948	7298	6447	6868
Лікар-алерголог	6624	2622	2496	2574	2604	4847	5761	4518
Лікар- акушер-гінеколог	7560	6988	6450	5938	5412	5290	5276	5132
Лікар-отоларинголог	11520	10935	10243	10006	9016	8806	8501	8714
З надання медичної допомоги дитячому населенню								
Лікар-педіатр	6345	6426	6360	5988	5291	5513	5641	5577

Лікар-кардіолог	6624	6700	6734	7050	7562	7409	8601	8301
Лікар – невролог	7402	7230	7143	6986	6845	6543	7466	6442
Лікар - хірург	12960	11450	11130	10675	9294	8599	8929	8803
Лікар-травматолог	9000	9092	9343	9215	9132	8830	9914	10523
Лікар- нефролог	8640				8041	5892	6286	5980
Лікар-гастроентеролог	8640	7345	7128	6700	5126	5253	5394	4580
Лікар –пульмонолог	8640	6475	6738	6832	6789	7346	6665	5486
Лікар-офтальмолог	11880	10820	9938	8896	8534	11512	11198	10464
Лікар-ревматолог	5760	6835	6200	7286	7562	7373	8601	8301
Лікар-алерголог	8640	6428	6371	6609	6780	5679	6406	4277
Лікар- акушер-гінеколог	7200	7122	6345	5898	5640	5412	4903	4270
Лікар-отоларинголог	11880	10736	9925	8700	7991	9557	10085	9420

В ході проведення експертної оцінки 400 «Карт амбулаторного хворого» (форма - №025/о) з оцінки надання населенню амбулаторно-поліклінічної допомоги встановлено наступне. У 67,50% випадків обстеження пацієнтів не відповідає вимогам клінічних протоколів, а у 57,75% їм не відповідають програми лікування, що вказує на низький рівень якості медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні. При цьому лікарі-спеціалісти поліклінік приймають пацієнтів без скерувань ЛЗП-СЛ і ведуть загальний прийом пацієнтів, а не надають консультативну допомогу. Результати експертної оцінки вказують на відсутність у 88,25% випадків наступності медичної допомоги за її рівнями та етапами.

Складовою амбулаторно-поліклінічної допомоги є організація лікування пацієнтів в денних стаціонарах. Отримані в ході дослідження дані, щодо організації при амбулаторно-поліклінічних закладах денних стаціонарів та основні показники з пролікованих пацієнтів приведені в додатку Б-1. Отримані результати вказують на тенденцію до скорочення як кількості ліжок в денних стаціонарах так і кількості пролікованих пацієнтів.

В цілому по області в 2016 році забезпеченість ліжками денного стаціонару становила 15,6, а рівень пролікованих в денних стаціонарах склав 847,7 на 10 тис населення. При цьому дані показники мають достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій.

Далі нами вивчено та проаналізовано організацію надання стоматологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню області.

Встановлено, що в області функціонує 9 самостійних стоматологічних поліклінік в тому числі 4 в містах обласного значення та 5 в районних центрах, 9 стоматологічних відділень та 38 стоматологічних кабінетів в складі поліклінік.

Для надання стоматологічної допомоги сільському населенню функціонує 25. стоматологічних кабінетів в складі сільських амбулаторій ЦПМСД.

Забезпеченість посадами лікарів-стоматологів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги склала 2,6. на 10 тис. населення. Укомплектованість посад лікарів-стоматологів фізичними особами становить 104,3 % з яких 7,8 % особи пенсійного та 14,2 % перед пенсійного віку.

В ході дослідження встановлено, що ЛЗП-СЛ до надання населенню стоматологічної допомоги не готові.

Отримані в ході дослідження дані щодо обсягів наданої стоматологічної допомоги населенню області представлені в додатку.

Отримані та наведені в додатку дані вказують на зниження рівня профілактичної діяльності лікарів-стоматологів як серед дорослого так і серед дитячого населення при підвищенні рівня ураженості населення області карієсом. Так, рівень ураженості карієсом дорослого населення за 2016 р. виріс на 1,4% і склав 562,4 на 1000 оглянутих, а дітей відповідно: 6,3% та 530,4. Отримані дані вказують на те, що ураженість дорослого населення карієсом на 5,7% вище ніж дитячого населення. При цьому сановано 74,0% дорослих та 83,9% дітей. Показники санації як дорослих так і дітей так і ураженості їх карієсом достовірно відрізняються в розрізі адміністративних територій.

Таким чином можна константувати, що загальними проблемами в організації амбулаторно-поліклінічної допомоги є наступні:

- Відмічається низький рівень відвідуванням населенням лікарів з профілактичною метою (31,8% з різницею в 1,9 разів в розрізі адміністративних територій);

- не виконують функцію посади лікарі за наступних спеціальностей:

- доросле населення: уролог (56,0%), пульмонологи (60,6%), гастроентерологи (61,7%), акушери-гінекологи (67,9%), алергологи (68,2%), офтальмологи (71,9%), хірурги (73,8%), отоларингологи (75,6%), кардіологи (84,1%).

- дитяче населення: алергологи (49,5%), гастроентерологи (53,0%), акушери-гінекологи (59,3%), пульмонологи (63,5%), хірурги (67,9%), нефрологи (69,2%), отоларингологи (79,3%), офтальмологи (88,1%), неврологи (87,0%). З перевантаженням працюють лікарі-ревматологи (144,1%) та травматологи (116,9%).

- у 67,50% випадків обстеження пацієнтів не відповідає вимогам клінічних протоколів, а у 57,75% їм не відповідають програми лікування, що вказує на низький рівень якості медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні;

- відсутність у 88,25% випадків наступності медичної допомоги за її рівнями та етапами.

#### **4.3. Характеристика стаціонарної вторинної медичної допомоги**

Забезпеченість населення області лікарняними ліжками становить 72,5 на 10 тис. населення при встановленому нормативі 60 на 10 тис. населення. В розрізі адміністративних територій різниця складає 3.3 разів ( $P \geq 0,05$ ) від 21,3 в м.Дубно до 66,9 в Дубненському районі.

Забезпеченість населення ліжками різного профілю в Рівненській області в порівнянні з показниками по Україні наведено в табл. 4.3.

*Таблиця 4.3*

**Забезпеченість населення ліжками різного профілю в Рівненській області в зрівнянні з показниками по Україні (на 10000 населення)**

Профіль ліжка	по Рівненській області		по Україні		відхилення + -	
		2016		2016		2016
Терапевтичними	8,9	8,0	10,1	8,6	- 1,2	-0,6
Неврологічні	6,8	6,9	5,88	5,3	- 0,92	+1,6
Хірургічні	6,3	5,7	5,7	5,2	+0,6	+0,5
Педіатричні	5,7	4,8	8,39	7,5	- 2,69	-2,7
Для вагітних та роділь	5,4	4,8	4,81	4,1	+ 0,59	+0,7
Кардіологічні	5,3	4,9	3,63	3,3	+ 1,67	+1,6
Ортопедо -травматологічні	5,0	4,0	0,30	3,1	+ 4,7	+0,9
Гінекологічні	4,4	4,0	3,99	3,3	+ 0,41	+0,7
Інфекційні	4,0	3,6	4,77	3,9	- 0,77	-0,3
Отоларингологічні	2,3	2,1	1,31	1,05	+0,99	+1,05
Урологічні	1,9	1,0	1,33	1,1	+0,57	-0,1
Офтальмологічні	1,4	1,4	1,25	1,0	+ 0,15	+0,4

Як видно із табл. 4.3 найвищий рівень забезпеченості населення госпітальними ліжками в області є ліжками терапевтичного профілю (8,0), неврологічними ліжками (6,9) і хірургічними (5,7), а найменший – офтальмологічними (1,4), урологічними (1,0) та отоларингологічними (2,1).

В ході дослідження встановлено достовірну різницю в рівні забезпеченості населення госпітальними ліжками різного профілю та відсутність ліжок певного профілю в більшості територіальних закладів охорони здоров'я: урологічні, офтальмологічні, отоларингологічні. Дана ситуація призводить до нерівномірної доступності стаціонарної спеціалізованої допомоги для жителів різних адміністративних територій.

Ліжка для проведення інтенсивного лікування складають 2,47% при рівні забезпеченості населення ними 1,8 на 10 тис населення.

При цьому встановлено, що забезпеченість ліжок інтенсивного лікування базовим обладнанням в середньому для ЗОЗ другого рівня надання медичної допомоги становить:

Апарати ШВЛ – 0,48 апарата на одне ліжко;

Апарати ШВЛ високого класу – 0,1 апарата на одне ліжко;

Монітори фатальних функцій – 0,2 апарата на одне ліжко;

Дозатори введення лікарських засобів – 0,47 апарата на одне ліжко.

Низький рівень забезпеченості населення ліжками інтенсивного лікування, надзвичайна мала їх частка в загальній кількості ліжок та низький рівень забезпечення базовим обладнанням не дозволяють надавати доступну, якісну та ефективну інтенсивну допомогу населенню.

При цьому встановлено, що у ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги цілодобово та у вихідні і святкові дні не проводяться базові лабораторні та функціональні дослідження для діагностики критичних станів та контролю ефективності лікування пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії. У даних ЗОЗ відсутнє обладнання для візуалізації патологічного процесу при гострих порушеннях мозкового кровообігу та інфаркту міокарда.

Далі вивчалось питання забезпеченості населення лікарями. Табл.4.4.

Нами проведено співставлення кількості зареєстрованих посад лікарів у ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та кількості посад, яка передбачена наказом МОЗ України №33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

За даними табл. 4.2 видно, що укомплектованість лікарських кадрів на 6 (31,6%) адміністративних територіях є незадовільною і складає менше 90%, що за даними доказового менеджменту унеможлиблює надання якісної медичної допомоги. А якщо зрівняти даний показник з нормативним забезпеченням лікарськими кадрами така ситуація відмічається на всіх адміністративних територіях.

Таблиця 4.4

**Забезпеченість населення штатними посадами лікарів та рівень їх укомплектування, 2013р. та 2016р., %**

Назва районів (міст)	Зареєстровано лікарських посад (без госпрозрахунку)		Необхідно посад згідно наказу МОЗ України №33	± до наказу МОЗ України №33		% укомплектовано сті	
	2013	2016		2013	2016	2013	2016
Березнівський	135,5	139,75	131,5	-4,0	+8,25	90,8	95,7

Володимирецький	159,25	151,25	154,5	-4,75	-3,25	86,7	96,0
Гощанський	98,5	100,0	99,25	+ 0,75	+0,75	71,1	87,5
Демидівський	47,0	44,0	46,5	-0,5	-2,5	80,9	92,0
Дубенський	115,5	110,25	116,25	+ 0,75	-6,0	83,1	91,8
Дубровицький	148,25	147,75	144,0	-4,25	+3,75	74,2	93,1
Зарічненський	101,0	92,5	98,5	-2,5	-6,0	68,3	80,3
Здолбунівський	149,75	152,25	145,25	-4,5	+7,0	82,1	89,8
Корецький	86,25	86,5	87,25	+ 1,0	-0,75	82,3	88,7
Костопільський	162,75	161,25	159,5	-3,25	+1,75	75,6	91,6
Млинівський	116,0	116,25	114,75	-1,25	+1,5	81,9	90,3
Острозький	118,25	115,75	117,25	-1,0	-1,5	76,1	95,0
Радивилівський	119,0	115,0	119,0	-	-4,0	82,4	83,9
Рівненський	217,5	212,5	214,75	-2,75	-2,25	79,1	93,4
Рокитнівський	149,0	144,75	147,5	-1,5	-2,75	73,8	83,4
Сарненський	266,75	285,0	259,75	-7,0	+25,25	76,5	94,3
м. Рівне	868,0	894,0	859,75	-8,25	+34,25	84,4	93,6
м. Дубно	140,75	142,25	138,5	-2,25	+3,75	91,6	91,7
м.Вараш	159,5	134,25	158,5	-1,0	-24,5	86,5	90,5

Забезпеченість лікарськими кадрами закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги відображена в табл. 4.5.

Отримані в ході дослідження та наведені в табл.4.5 дані вказують на нерівномірність забезпечення населення в розрізі адміністративних територій лікарськими кадрами для надання вторинної медичної допомоги, що призводить до порушення рівності в отриманні медичної допомоги населенням незалежно від місця його проживання. Різниця складає 1,78 ( $p \geq 0,05$ ) разів від 13,7 в Рівненському районі до 31,5 в м.Вараш.

Таблиця 4.5

**Забезпеченість лікарськими кадрами закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги в розрізі адміністративних територій, 2011-2016 рр.**

Назва районів (міст)	Забезпеченість на 10000 населення (без зубних)					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	20,6	19,7	20,2	15,4	15,3	15,1
Володимирецький	21,3	21,9	22,6	16,4	16,2	16,3
Гощанський	22,0	21,5	19,9	19,0	19,1	19,1
Демидівський	25,7	27,1	25,9	22,7	21,6	21,1
Дубенський	7,8	20,5	20,3	14,7	15,1	15,1
Дубровицький	24,4	22,5	22,8	22,4	22,0	21,8
Зарічненський	22,4	21,0	20,3	19,0	19,3	17,8
Здолбунівський	25,8	24,4	21,5	17,4	18,2	18,0
Корецький	23,4	22,7	20,8	18,5	18,8	18,1

Костопільський	22,6	20,4	18,8	18,9	18,8	18,3
Млинівський	28,1	26,0	24,5	21,8	21,8	21,4
Острозький	21,7	21,3	20,1	19,3	18,8	18,8
Радивилівський	29,9	27,4	26,1	22,0	22,0	21,7
Рівненський	21,9	20,8	20,2	14,1	19,0	13,7
Рокитнівський	20,8	20,4	20,1	17,2	17,4	17,0
Сарненський	22,0	20,7	20,0	19,7	20,9	20,9
м. Рівне	34,5	34,1	31,8	25,0	26,6	27,3
м. Дубно	58,7	41,2	37,0	15,2	15,1	15,1
м. Вараш	34,5	31,8	32,8	36,8	31,7	31,5
По області	38,2	37,2	37,3	19,0	19,3	20,5

Стверджую, що якість медичної допомоги певною мірою залежить від кваліфікації медичних кадрів, нами далі вивчені дані про кваліфікаційну атестацію лікарів. Отримані в ході дослідження дані наведено в табл.4.6.

Отримані та наведені в табл. 4.6 дані вказують з одного боку на недостатній рівень кваліфікаційної атестації лікарів в цілому в області (71,2%) з другого на достовірні коливання показника за адміністративними територіями. Коливання складають 2,21 ( $p \geq 0,05$ ) разу: від 44,0% у Володимирецькому до 82,2% у м.Дубно .

В Володимирецькому районі із 150 працюючих лікарів, атестовано 66 (44,0%). Із числа не атестованих 84 (56,0%) складають особи, що не атестовані за наступних причин: декретна відпустка, довготривала хвороба. Зазначимо, що згідно чинного законодавства дані спеціалісти не мають права працювати на лікарських посадах і мають бути переведеними на посади лікарів-стажистів.

Таблиця.4.6

## Атестація лікарських кадрів, 2013-2016 рр., %

Назва районів (міст)	Атестовано				Із числа атестованих лікарів вищої і І категорії			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Березнівський	62,8	68,1	62,7	62,3	88,9	85,2	83,5	81,6
Володимирецький	37,8	40,1	37,9	44,0	90,7	87,7	87,3	81,8
Гощанський	76,0	76,0	75,7	75,7	85,2	85,2	88,7	87,0
Демидівський	78,1	62,2	60,5	55,3	96,0	100,0	100,0	85,2
Дубенський	83,9	83,3	74,7	74,2	97,4	97,3	97,3	97,1



Дубровицький	73,9	67,5	63,1	61,0	87,8	91,3	92,2	90,7
Зарічненський	44,4	52,5	50,8	48,3	65,6	65,6	63,3	65,5
Здолбунівський	79,7	70,1	66,7	67,2	84,7	88,3	87,0	90,0
Корецький	71,8	72,7	68,5	67,0	84,3	89,3	90,0	88,9
Костопільський	78,7	77,2	74,0	73,8	90,6	87,0	87,4	91,4
Млинівський	76,6	75,5	73,7	74,7	91,7	91,9	90,0	90,1
Острозький	73,0	75,7	70,8	73,4	86,2	91,3	92,2	88,4
Радивилівський	77,6	69,8	71,4	73,8	90,8	89,2	88,0	88,2
Рівненський	61,4	63,1	59,4	66,5	86,4	86,7	89,2	91,9
Рокитнівський	57,3	57,7	53,8	56,6	85,7	79,1	87,5	88,3
Сарненський	62,6	65,4	68,2	65,9	77,5	80,8	82,3	87,3
м. Рівне	73,9	74,1	74,6	72,0	86,7	89,4	87,1	87,5
м.Дубно	70,5	70,6	78,8	82,2	89,8	89,8	88,8	88,7
м. Вараш	66,9	67,1	64,9	77,2	83,9	80,2	77,6	68,4
По області	70,9	70,4	70,3	70,2	88,2	88,2	87,9	87,9

Із числа атестованих лікарів у 2016 р. велику частку складають лікарі, що атестовані на вищу та першу атестаційні категорії. Їх частка в області складає в цілому 87,9% з значними коливаннями в розрізі адміністративних територій: від 65,5% в Зарічненському до 97,1% в Дубенському районах. Дана ситуація говорить про відсутність в області комплексної програми з підвищення кваліфікації лікарських кадрів.

Важливим показником кадрової політики є наявність вакантних посад в закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги. В цілому по області їх кількість становить 432,75 або 86% від загальної кількості з найбільшою кількістю в м. Рівне – 57,0 (6,4%), Рокитнівському – 24,0 (16,6%), Рівненському – 23,0 (10,8%) районах.

Важливим критерієм в оцінці стану системи вторинної стаціонарної медичної допомоги є оснащення закладів охорони здоров'я медичним обладнанням у відповідності до галузевого стандарту яким є Табелі оснащення, що затверджені МОЗ України.

В ході дослідження встановлено, що жоден заклад охорони здоров'я, вторинного рівня надання допомоги, не оснащений у відповідності до галузевого стандарту

При цьому частка обладнання яке перевищило термін встановленої експлуатації і є фізично та морально застарілим по ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги складає 72,6%. . В тому числі:

Таблиця.4.7

	2013	2014	2015	2016
Районні лікарні	79,0%	75,0%	76,0%	78,0%
Центральні районні лікарні	76,0%	78,0%	77,2%	75,0%
Міські лікарні	65,0%	53,1%	54,2%	47,0%
Дитячі лікарні	63,0%	52,0%	48,0%	41,0%

Такий стан матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги, згідно доказового менеджменту, не дозволяє забезпечити надання пацієнтам якісну медичну допомогу.

Надзвичайно важливим показником є рівень фінансування ЗОЗ. В зведеному виді фінансування ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги, які здійснюється за кодами бюджетної класифікації позбавляючи керівників ЗОЗ приймати оперативні організаційні рішення з надання медичної допомоги в питаннях які стосуються фінансів, за 2013-2016 роки виглядає таким чином (табл.4.8):

Таблиця.4.8

#### Рівень фінансування,% від потреби

Показник	2013
Затверджено – фінансування від обрахованого	74,0%
Профінансовано від обрахованого	61,2%
Профінансовано від затвердженого	72,0%
Залучено позабюджетних коштів від бюджетних коштів	4,5%

Структура видатків наведено в таблиці 4.9

**Структура фінансування, %**

Структура видатків	2013
Заробітна плата та нарахування на неї	76,5%
Всі види комунальних послуг	11,2%
Відрядження	0,4%
Придбання ліків та засобів медичного призначення	4,4%
Придбання обладнання	0,8%
Харчування пацієнтів	2,4%
Поточні ремонти	0,6%
Капітальні ремонти	0,6%
Інші видатки	2,8%

Аналіз фінансування ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та структура видатків дозволяють зробити висновок, що фінансування вторинної медичної допомоги здійснюється на утримання працівників та ЗОЗ, а не надання медичної допомоги. Згідно рекомендацій ВООЗ система вторинної медичної допомоги в Рівненській області розвиватися не може так як більше 50% фінансування використовується на заробітну плату працівників.

Підтвердженням цього є рівень фінансування придбання ліків та засобів медичного призначення з розрахунку на один ліжко-день. В області для ЗОЗ вторинного рівня він складає (табл.4.10):

Таблиця.4.10

**Рівень фінансування придбання ліків та засобів медичного  
призначення з розрахунку на один ліжко-день**

Вид закладу	2013	2014	2015	2016
Дільничні лікарні	3,15 грн.	3,80	4,20	4,53
Районні лікарні	4,47 грн.	4,97	5,43	5,48
Центральні районні лікарні	7,9 грн.	8,20	8,42	9,20

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу основних показників діяльності стаціонарного сектору вторинної медичної допомоги.

На першому етапі було вивчено та проаналізовано рівень госпіталізації населення в динаміці 2010–2016 років. Отримані результати наведено в табл.4.11.

Таблиця 4.11.

**Рівень госпіталізації населення в заклади охорони здоров'я другого рівня надання медичної допомоги, 2010-2016 роки, на 100 тис. населення**

Назва районів (міст)	Всього населення							у т.ч. дітей до 17 років включно						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	18,3	18,9	18,5	19,5	19,1	18,8	19,1	11,7	12,0	11,0	13,6	12,4	12,5	12,6
Володимирецький	18,6	17,0	15,8	15,2	14,0	13,3	14,2	10,0	10,1	11,1	10,0	10,1	9,1	10,4
Гощанський	21,6	19,3	19,3	19,7	19,2	19,6	19,6	19,1	17,8	16,2	15,0	14,6	13,8	14,6
Демидівський	21,0	21,9	22,3	21,5	20,6	20,2	18,4	19,0	19,5	19,6	22,0	21,1	19,6	15,9
Дубенський	28,4	29,8	23,7	15,5	14,7	15,6	16,9	18,7	15,1	17,7	10,8	10,6	10,8	11,9
Дубровицький	17,6	16,9	15,7	16,3	15,8	15,5	15,2	14,1	12,7	11,5	11,8	11,2	9,9	10,4
Зарічненський	14,9	16,2	18,0	16,6	15,4	15,2	14,6	88,7	10,7	10,8	10,2	11,4	10,8	12,0
Здолбунівський	17,4	16,9	17,0	16,9	17,1	17,6	17,2	17,1	15,1	14,2	14,8	13,8	12,7	14,3
Корецький	19,5	20,0	19,8	20,4	19,8	20,5	18,6	14,1	13,9	11,9	14,8	12,6	14,0	14,2
Костопільський	17,1	16,7	15,6	15,8	15,5	14,9	14,9	13,5	12,8	12,2	12,4	12,9	11,3	11,5
Млинівський	21,0	20,3	19,8	18,8	17,7	17,9	17,0	15,9	15,0	14,3	13,5	11,7	10,7	10,7
Острозький	19,2	19,5	18,4	17,9	18,6	18,5	17,9	13,0	12,2	12,2	12,8	13,8	14,9	14,1
Радивилівський	20,7	19,3	18,8	19,6	20,2	20,5	21,0	11,0	11,0	10,3	11,2	11,5	12,0	14,4
Рівненський	15,4	15,3	15,3	14,9	14,5	14,3	14,4	13,0	12,1	13,3	12,8	12,2	11,2	11,2
Рокитнівський	18,6	19,1	19,3	18,6	18,5	18,9	17,4	10,7	11,9	10,3	9,6	8,8	7,9	8,2
Сарненський	14,5	19,1	19,6	19,8	20,3	20,5	20,4	12,1	16,5	15,2	16,1	17,1	16,6	16,9
м. Рівне	15,9	16,1	16,2	16,2	16,0	17,2	17,3	14,3	13,5	15,0	15,2	15,6	14,9	15,0
м. Вараш	20,2	20,5	20,7	21,4	20,4	19,6	18,9	13,1	13,3	15,1	15,4	15,2	14,0	14,4
Всього:	24,0	24,0	19,9	23,8	23,4	23,7	23,7	18,5	18,5	18,5	18,9	18,7	18,1	18,5

Отримані в ході дослідження та наведені в табл.4.11 дані вказують на те, що рівень госпіталізації дорослого населення за роки дослідження в цілому в області скоротився на 0,3 (1,25%) і склав 23,8, а рівень госпіталізації дитячого населення не змінився і склав 18,5 на 100 тис. відповідного населення.

Аналіз рівнів госпіталізації всього населення в розрізі адміністративних територій показав достовірну різницю в розрізі адміністративних територій – 1.5 раза ( $p \geq 0,05$ ): від 14,2 в Володимирецькому до 21,0 в Радивилівському районах. При цьому на території 4 (22,2%) адміністративних територій рівень госпіталізації зріс.

Аналіз рівнів госпіталізації дитячого населення в розрізі адміністративних територій показав достовірну різницю в розрізі адміністративних територій – 2,1 раза ( $p \geq 0,01$ ): від 8,2 в Рокитнівському до 16,9 в Сарненському районах. При цьому на території 6 (33,3%) адміністративних територій рівень госпіталізації зріс.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу використання ліжкового фонду.

Таблиця 4.12

**Показники використання ліжкового фонду в закладах охорони здоров'я Рівненської області в динаміці 2011-2016 років**

Назва районів (міст)	Робота ліжка						Середня тривалість перебування хворого на ліжку					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	338,9	336,7	343,1	339,7	340,6	349,0	8,7	8,6	8,3	8,4	8,5	8,2
Володимирецький	343,4	334,2	316,3	277,7	267,1	302,6	9,5	9,2	8,8	8,4	8,4	8,6
Гоцанський	339,1	340,1	340,1	341,9	340,1	340,3	10,0	9,8	9,7	10,0	9,7	9,5
Демидівський	336,1	336,1	335,3	332,3	326,7	329,6	10,4	10,3	10,3	10,0	10,0	9,5
Дубенський	339,6	329,8	361,8	323,7	333,9	340,0	11,7	11,0	10,9	10,7	10,8	9,4
Дубровицький	301,7	318,0	324,6	319,8	311,2	318,2	9,4	9,5	9,0	9,1	9,0	9,2
Зарічненський	328,7	340,8	335,5	327,2	324,1	326,9	10,7	9,9	9,6	9,2	9,1	9,1
Здолбунівський	342,8	340,3	345,8	340,3	340,1	340,1	9,1	9,0	10,0	8,7	8,4	8,6
Корецький	332,4	336,2	330,0	331,0	336,6	336,9	10,1	10,4	10,0	10,3	10,2	9,8
Костопільський	348,5	342,1	338,6	321,4	305,2	327,9	10,5	10,6	10,2	9,9	9,8	9,8
Млинівський	329,5	322,4	351,0	343,1	342,0	337,9	10,0	10,2	10,1	9,7	9,6	9,7
Острозький	339,4	341,6	342,2	342,0	343,1	340,5	9,0	8,9	9,1	8,8	8,8	8,9
Радивилівський	332,0	331,8	339,5	334,3	330,2	327,6	10,1	9,8	9,6	9,2	8,8	8,3
Рівненський	337,5	349,8	342,3	341,1	330,5	333,6	10,3	10,0	10,0	10,0	10,2	9,9
Рокитнівський	333,8	327,1	335,4	343,2	340,5	338,3	10,4	9,9	10,0	9,8	9,5	9,3
Сарненський	330,1	334,5	336,8	339,5	327,6	330,8	9,6	9,4	9,2	8,9	9,2	9,2
м. Рівне	343,7	343,0	348,3	342,9	331,0	331,7	10,2	9,9	9,9	9,9	9,8	9,7
м. Дубно	322,9	294,3	295,3	287,3	295,5	298,2	10,1	8,9	8,8	8,8	9,0	9,3
м. Вараш	324,2	335,7	342,2	336,4	323,1	341,0	11,1	11,3	11,2	11,5	11,5	10,8
Всього:	339,4	336,1	337,2	331,2	325,7	330,1	11,8	11,6	10,2	11,1	11,0	10,7

Продовження табл. 4.12

Назва районів (міст)	Летальність					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	0,38	0,44	0,65	0,62	0,68	0,55
Володимирецький	0,23	0,77	0,64	0,73	0,56	0,97
Гоцанський	0,31	0,59	0,57	0,48	0,50	0,47
Демидівський	0,25	0,82	0,85	1,07	1,05	1,14
Дубенський	-	1,11	1,30	1,18	1,28	1,12
Дубровицький	0,72	1,28	1,10	1,05	0,87	1,01
Зарічненський	0,12	0,20	0,51	0,18	0,35	0,17
Здолбунівський	0,68	0,94	1,00	1,05	1,09	1,08
Корецький	0,34	0,66	0,58	0,74	0,65	0,77

Костопільський	0,56	0,95	1,04	1,23	1,14	1,02
Млинівський	0,42	0,86	0,87	0,99	1,00	0,84
Острозький	0,15	0,61	0,69	0,76	0,74	0,78
Радивилівський	0,15	0,51	0,73	0,61	0,57	0,50
Рівненський	0,44	0,63	0,74	0,68	0,67	0,74
Рокитнівський	0,24	0,29	0,27	0,24	0,26	0,18
Сарненський	0,39	0,57	0,63	0,61	0,61	0,51
м. Рівне	1,12	1,07	1,20	1,15	1,12	1,15
м. Дубно	0,77	-	-	-	-	0,04
м. Вараш	0,40	0,47	0,41	0,43	0,53	0,42
Всього:	0,58	0,77	0,83	0,80	1,02	0,78

Дані табл. 4.12 вказують на те, що загальний показник роботи ліжка за роки дослідження має тенденцію до скорочення (9,3 дні) з показником у 2016 році 330,1 дня. При цьому робота ліжка в розрізі адміністративних територій є нерівномірною. Так, найбільшу кількість днів працювало ліжко в Березнівському (349,0 дні), та Острозькому (340,5 днів) районах та м. Вараш (341,0 дня), а найменшу – 288,2 дні в м. Дубно та 302,6 дні в Волидимирецькому районі.

Середні терміни перебування пацієнтів в стаціонарі скоротилися на 1,1 дня і склали 10,7 дня. Найдовше пацієнти лікувались в ЗОЗ м. Вараш (10,8 дня) та Рівненському районі (9,9 дня), а найкоротше – Березнівському (8,2 дня) та Радивилівському (8,3 дня) районах.

Летальність в цілому в ЗОЗ регіону збільшилася на 0,20% і більше 1,0% становить з ЗОЗ м. Рівне та Демидівському, Дубенському, Дубровецькому, Здолбунівському та Костопільському районах.

Далі вивчалися показники використання ліжкового фонду в різних ЗОЗ другого рівня надання медичної допомоги. Показники використання ліжкового фонду в ЦРЛ наведено в табл.4.13.

Таблиця 4.13

**Показники використання ліжкового фонду в центральних районних лікарнях Рівненської області в динаміці 2011-2016 років**

Назва районів (міст)	Робота ліжка						Середня тривалість перебування хворого на ліжку					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	338,5	334,0	341,0	337,6	339,0	347,9	8,6	8,6	8,2	8,2	8,4	8,1
Володимирецький	346,6	334,2	316,3	277,7	267,1	302,6	9,5	9,2	8,8	8,4	8,4	8,6
Гоцанський	340,8	340,1	340,1	341,0	340,1	340,3	10,1	9,8	9,7	10,0	9,7	9,5

Демидівський	336,1	336,1	335,3	332,3	326,7	329,6	10,4	10,3	10,3	10,0	10,0	9,5
Дубенський	-	327,9	357,5	323,7	333,9	370,0	-	10,9	10,9	10,7	10,8	9,4
Дубровицький	299,3	327,9	324,6	319,8	311,2	318,2	9,4	10,9	9,0	9,1	9,0	9,2
Зарічненський	325,4	340,4	334,5	327,2	324,1	326,9	10,3	9,7	9,5	9,2	9,1	9,1
Здолбунівський	343,5	340,2	345,3	340,3	340,1	340,1	8,9	8,8	8,8	8,7	8,4	8,6
Корецький	333,8	334,8	329,2	331,0	338,7	336,9	9,9	10,8	9,9	10,2	10,5	9,8
Костопільський	346,6	341,7	334,9	314,6	295,6	321,1	10,5	10,7	10,3	10,0	9,8	9,9
Млинівський	326,7	317,9	352,9	343,2	341,0	335,6	10,0	10,1	10,1	9,6	9,5	9,6
Острозький	345,7	341,9	342,2	342,0	343,1	340,5	9,4	8,9	9,1	8,8	8,8	8,9
Рівненський	345,3	354,6	339,3	340,1	324,7	335,9	10,3	10,1	9,7	8,9	9,7	9,8
Рокитнівський	327,1	323,9	335,7	343,2	340,5	338,3	10,5	10,2	10,1	9,8	9,5	9,3
Сарненський	329,2	334,0	335,8	340,2	340,9	340,1	9,6	9,3	9,1	8,9	9,1	9,1
Всього по ЦРЛ:	334,5	334,6	337,5	330,0	327,1	333,6	10,4	9,7	9,5	9,3	9,3	9,2

Продовження табл. 4.13

Назва районів (міст)	Летальність					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	0,41	0,47	0,69	0,63	0,70	0,58
Володимирецький	0,28	0,77	0,64	0,73	0,56	0,97
Гощанський	0,32	0,59	0,57	0,48	0,50	0,47
Демидівський	0,25	0,82	0,85	1,07	1,05	1,14
Дубенський	-	1,30	1,38	1,18	1,28	1,12
Дубровицький	0,72	1,30	1,10	1,05	0,87	1,01
Зарічненський	0,14	0,24	0,56	0,18	0,35	0,17
Здолбунівський	0,73	0,96	1,15	1,05	1,09	1,08
Корецький	0,36	0,69	0,56	0,76	0,67	0,77
Костопільський	0,68	0,99	1,11	1,43	1,25	1,15
Млинівський	0,50	1,08	1,02	1,12	1,16	1,00
Острозький	0,20	0,61	0,69	0,76	0,74	0,78
Рівненський	0,53	0,72	0,83	0,79	0,89	0,81
Рокитнівський	0,30	0,35	0,29	0,24	0,26	0,18
Сарненський	0,49	0,73	0,79	0,79	0,82	0,69
Всього:	0,49	0,76	0,82	0,81	0,81	0,79

За даними табл.4.13 можна зробити висновок, що в цілому в ЦРЛ, крім показника летальності, який збільшився в 1,6 разу склав 0,79. інші показники мають тенденцію до покращення. Так, показник роботи ліжка збільшився на 3,6 дні і склав 333,6 дня, а середнє перебування пацієнтів в стаціонарі скоротилося на 0,1 дня і склало 9,2 дня.

Найкраще працювало ліжко в ЦРЛ Дубенського (340,0) та Гощанського (340,3), а недостатньо в Володимирецькому (302,6) та Дубровицького (318,2 дня) районах. Гранична різниця складає 15,6 дня.

Найнижчі середні терміни перебування пацієнтів в стаціонарі ЦРЛ зареєстровані в Здолбунівському (8,6), Острозькому (8,9 дня), а найвищі в

Зарічненському та Сарненському (9,1 дні), в Дубровицькому (9,2 дня).

Гранична різниця складає 0,3 дня.

Показники використання ліжкового фонду в РЛ наведено в табл.4.14.

Таблиця 4.14

**Показники використання ліжкового фонду в районних лікарнях  
Рівненської області в динаміці 2011-2016 років**

Назва районів (міст)	Робота ліжка						Середня тривалість перебування хворого на ліжку						Летальність					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський (Соснівка)	341,8	361,1	361,8	358,4	354,3	361,5	9,6	9,5	9,4	9,6	9,6	9,2	0,08	0,09	0,17	0,45	0,45	0,21
Здолбунівський	337,4	341,0	351, 7	-	-	-	11,7	10,4	10,6	-	-	-	0,22	0,81	0,32	-	-	-
Костопільський (Деражне)	357,7	344,3	357,9	356,6	355,4	365,7	10,3	9,8	9,8	9,4	9,8	9,4	-	0,74	0,71	0,37	0,66	0,41
Млинівський (Острожець)	343,5	345,1	341,6	342,4	347,3	350,6	10,4	10,4	10,1	9,8	10,2	10,0	-	-	0,09	0,10	0,10	-
Радивилівський (Радивилів)	332,0	331,8	339,5	334,3	330,2	327,6	10,1	9,8	9,6	9,2	8,8	8,3	0,15	0,51	0,73	0,51	0,57	0,50
Рівненський (Олександрія)	343,1	347,2	350,5	333,2	337,5	305,6	10,0	10,4	10,9	10,7	10,3	9,9	0,32	0,44	0,62	0,41	0,06	0,18
Рівненський (Дядьковичі)	323,0	328,1	349,2	351,2	353,6	328,3	10,4	9,1	10,8	11,2	11,1	10,4	0,11	0,35	0,34	0,40	0,11	0,52
Сарненський (Степань)	337,3	336,6	338,4	335,5	317,4	321,1	9,6	9,6	9,3	8,6	9,2	9,1	-	0,12	0,07	0,07	-	-
Сарненський (Клесів)	328,1	333,3	344,6	340,7	340,0	235,8	9,9	9,4	9,7	9,5	9,5	10,0	0,08	-	-	-	-	0,07
Сарненський (РЛ по обслуговуванню залізничників)	-	-	-	-	189,5	235,8	-	-	-	-	10,2	10,0	-	-	-	-	-	-
Всього по райлікарнях:	336, 7	337,6	343,8	340,4	336,9	324,7	10,1	9,8	9,9	9,5	9,5	9,2	0,12	0,37	0,43	0,35	0,34	0,31

Дані табл. 4.14 вказують на зниження показника використання ліжкового фонду РЛ в цілому в області з 336,7 до 324,7 дня у році. Зареєстровані коливання показника від 235,8 дня на рік в Сарненському районі до 365,7 днів на рік в Костопільському районі. Різниця складає 129,9 днів. В цілому в розрізі адміністративних територій ліжка в РЛ використовуються більш інтенсивно ніж в ЦРЛ. Середні терміни перебування пацієнтів на ліжку мають тенденцію до скорочення і в 2016 році склали 9,2 дня. Негативним показником є збільшення в 1,7 рази показника летальності з рівнем 0,31%.



Наступним кроком дослідження було вивчення показників роботи ліжок в дільничних лікарнях.

З 2014 року дільничні лікарні перепрофілізовувались у лікарські амбулаторії, йшло скорочення ліжкового фонду.

Далі вивчався та аналізувався показник хірургічної активності та післяопераційної летальності в ЗОЗ області. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл.4.15.

Таблиця 4.15

**Показники діяльності підрозділів хірургічного профілю закладів  
охорони здоров'я Рівненської області, 2011-2016 рр., %**

Назва районів (міст)	Післяопераційна летальність (від числа оперованих)						Хірургічна активність (від вибулих хворих) із стаціонару хірург. профілю					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	0,04	0,07	0,11	0,22	0,23	0,15	60,7	50,3	49,3	49,8	47,0	45,6
Володимирецький	0,34	0,43	0,20	0,47	0,06	0,36	57,4	53,5	42,3	42,3	44,9	34,9
Гощанський	-	0,24	-	0,09	0,08	0,31	42,3	38,7	42,7	36,2	41,4	33,3
Демидівський	-	-	-	-	-	-	41,3	30,0	36,0	39,0	40,0	43,2
Дубенський		1,35	1,23	0,76	0,51	0,17	-	29,9	33,5	32,0	31,0	28,0
Дубровицький	0,10	0,10	0,10	0,10	-	0,24	41,4	33,1	33,2	33,8	32,1	29,4
Зарічненський	-	0,13	-	-	0,14	-	37,7	30,0	33,3	30,8	25,9	26,5
Здолбунівський	0,36	0,40	0,27	0,16	0,31	0,20	64,0	49,8	51,0	51,2	49,9	49,8
Корецький	0,25	0,25	0,36	-	0,30	0,21	34,9	32,8	33,0	34,3	35,3	36,3
Костопільський	0,14	0,46	0,14	0,30	0,14	0,29	45,8	36,0	39,2	38,7	39,1	38,9
Млинівський	0,11	0,13	0,42	0,31	0,57	0,18	36,7	28,3	30,0	28,8	21,4	24,0
Острозький	-	0,15	0,15	0,14	0,08	0,08	53,6	36,0	37,4	39,6	34,3	33,9
Радивилівський	-	0,10	0,10	-	0,10	-	32,9	31,1	30,4	29,4	29,3	32,1
Рівненський	-	0,17	0,13	0,09	0,19	0,14	48,2	43,0	45,8	52,7	44,8	45,6
Рокитнівський	0,07	0,08	0,05	-	-	-	47,5	32,1	45,9	47,3	51,1	49,0
Сарненський	0,11	0,03	0,11	-	0,02	0,02	38,2	35,1	39,5	37,3	46,5	45,8
м. Рівне	0,84	0,63	0,73	0,57	0,87	0,87	64,1	54,2	56,9	56,3	51,5	52,4
м. Дубно	0,76	-	-	-	-	0,18	34,1	28,3	29,1	26,8	22,1	22,1
м. Вараш	0,52	0,36	0,25	0,31	0,33	0,27	55,4	39,5	45,9	48,1	43,7	46,5
Всього:	0,41	0,41	0,43	0,37	0,44	0,41	51,9	43,9	45,9	45,7	45,0	44,8

Аналізуючи показники хірургічної активності відділень хірургічного профілю ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги можна відмітити її низький рівень, що призводить до нераціонального використання ліжкового фонду й відповідно всіх видів ресурсів спеціалізованих відділень хірургічного профілю. Рівень післяопераційної летальності в цілому в області, при достовірній різниці за адміністративними територіями складає 0,41.

Методом експертної оцінки організації стаціонарної вторинної медичної допомоги встановлено наступне:

- 24,1 % пацієнтів, які отримували стаціонарну допомогу були госпіталізовані необґрунтовано так як за станом здоров'я могли отримувати медичну допомогу в стаціонаророзамінних формах;
- 1,0 % госпіталізовані при потребі отримання соціально-медичної допомоги;
- 0,1 % отримували паліативну допомогу;
- 54,8 % отримували медичну допомогу у відповідності до галузевих стандартів, клінічних протоколів, які затверджені МОЗ України;
- середні терміни лікування необґрунтовано завищені на 2,7 дня.

При цьому встановлено недоліки організаційного характеру. До яких віднесено:

- відсутність диференційованого підходу при заповненні палат у відділеннях. Коли в одній палаті знаходилися пацієнти різного стану здоров'я та їх потребі в медичній допомозі, що психологічно не сприяє видужуванню;
- відсутність в ЗОЗ методів обстеження, які регламентовані галузевими стандартами і впливають на якість діагностики захворювань, а відповідно і ефективність лікування;
- залучення пацієнтів для догляду за іншими пацієнтами;
- залежність якості лікування від фінансової спроможності пацієнтів або його родичів.

#### **4.4. Організація екстреної медичної допомоги**

Важливою складовою організації медичної допомоги вторинного рівня є надання екстреної медичної допомоги. З метою організації екстреної медичної допомоги в області функціонує комунальний заклад «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради, 3 станції (Рівненська, Сарненська, Дубенська) 18 підстанцій (Клеванська, Здолбунівська, Острозька, Березнівська, Гошанська, Корецька,

Костопільська, Млинівська, Радивилівська, Демидівська, Рокитнівська, Володимирецька, Зарічненська, Дубровицька), 29 пунктів тимчасового базування ( Рівненський, Городоцький, Дядьковецький, Квасилівський, Олександрійський, Новоукраїнський, Мізоцький, Соснівський, Тучинський, Бугринський, Бабинський, Великомежирецький, Дераженський, Берегівський, Варковецький, Вербський, Мирогощанський, Семидубський, Смизький, Острожецький, Зарічненський, Степанський, Клесівський, Березовський, Кам'янський, Новорафалівський, Антонівський, Більсько-вільський, Кухотсько-вільський, Борівський) Всього в області екстрену медичну допомогу населенню надає 96 бригад з яких 5 (5,2%) спеціалізованих, 32 (33,3%) лікарських та 54 (56,3%) фельдшерських.

В штаті служби екстреної медичної допомоги введено 246,5 лікарських та 636,25 фельдшерських посад. Укомплектованість штатних посад фізичними особами становить: 71,4% лікарських та 77,1.% фельдшерських посад.

Забезпеченість автотранспортом становить 100% від потреби. Із загальної кількості санітарного автотранспорту служби екстреної медичної допомоги 2 (1,8%) складають автомобілі ЕМД з терміном експлуатації 10 років і більше які підлягають списанню.

21,8% санітарного транспорту ЕМД забезпечений реанімаційним обладнанням.

Рівень фінансування одного виклику ЕМД на забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення становить: 17,51 грн. в лікарських бригадах та 17,51 грн. в фельдшерських бригадах ЕМД при потребі: 25 грн. в лікарських бригадах та 25 грн. в фельдшерських бригадах ЕМД.

Бензином служба ЕМД забезпечена на 100% - 2013 р., в 2014 - на 74,9%, у 2015 на , у 2016 на від потреби.

Загальні показники про кількість звернень населення в розрізі адміністративних територій, надання бригадами ЕМД медичної допомоги та госпіталізації пацієнтів наведено в табл.4.16.

Таблиця 4.16

**Показники звернень населення за екстреною медичною допомогою та кількісні дані про госпіталізацію і надання медичної допомоги, 2012-2016 рр.**

Назва районів (міст)	Кількість звернень за медичною допомогою										Кількість осіб, яким надана допомога при амбулаторних зверненнях				
	Всього звернень					З них відмовлено як необґрунтовані									
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	20444	13718	15461	15176	15198	94	21				2583	3546	3671	3923	2963
Володимирецький	11480	17203	15801	13494	13882	30	-				920	7706	4599	3716	4122
Гошанський	20293	17022	14823	13379	13577	43	15				2543	3758	3113	2953	2826
Демидівський	6321	5815	5537	5297	5724	207	-				876	532	844	714	638
Дубенський	14647	19173	21209	23607	23946	-	36				4164	5014	6111	9449	9821
Дубровицький	7449	8134	8490	6927	6881	10	18				438	1551	2372	1510	1385
Зарічненський	5156	7636	21079	21315	19501	67	63				269	1596	5570	7046	5989
Здолбунівський	36387	28565	27745	21449	22170	9	-				9058	8315	7071	6169	6180
Корецький	14279	11926	11648	9756	10501	84	87				341	1534	2100	1548	1464
Костопільський	19882	17249	15468	14615	15078	195	51				228	1289	1424	1244	1399
Млинівський	15427	12356	9034	7523	8651	98	278				1212	1465	1116	1037	904
Острозький	15936	15801	14450	12045	13995	146	98				1580	4787	4202	3639	3295
Радивилівський	14706	15789	13379	11667	12670	98	8				908	1517	1259	1282	1210
Рівненський	45069	37801	34490	33688	34614	369	-				11097	5472	6389	6894	7312
Рокитнівський	18201	17628	22280	22122	23162	61	80				2282	4811	8229	8812	9816
Сарненський	31177	25075	26716	23501	23598	182	133				8257	4561	6596	5308	5025
м. Рівне	68798	71616	70105	70298	75221	17	12				6357	6645	5936	5406	4860
м. Дубно	17855	17315	16062	14584	15815	21	195				3414	3581	3632	3671	3722
м. Вараш	13457	14661		8630	8890	-	-				1547	1860		1095	1084
<b>Всього:</b>	396964	374483	360777	349073	363054	1731	1095				58074	69540	74228	75416	74015

Продовження табл.4.16

Назва районів (міст)	Кількість осіб, доставлених бригадами швидкої медичної допомоги при госпіталізації									
	Всього звернень					% осіб, яким надавалась мед допомога				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Березнівський	2218	3004	3265	3178	3479	25,8	30,9	29,0	29,5	29,3
Володимирецький	1504	2550	2332	1908	1865	14,6	27,7	21,4	20,0	19,6
Гошанський	1908	1759	1552	1640	1634	11,0	13,8	13,4	16,0	15,4
Демидівський	693	985	883	641	628	14,5	19,4	19,8	14,6	12,9
Дубенський	1495	1204	1413	1564	2035	14,3	8,8	9,5	11,2	14,6
Дубровицький	3909	3739	2311	2296	1939	80,0	59,4	38,8	44,2	37,7
Зарічненський	562	873	1077	473	1484	11,2	14,8	7,0	3,4	11,4
Здолбунівський	3774	2909	2724	3048	2984	15,1	15,1	15,6	20,2	18,9
Корецький	4130	1658	1537	1094	1678	31,3	16,9	17,1	14,1	20,2
Костопільський	2703	2931	2751	2745	2805	16,7	19,4	20,4	21,6	21,5
Млинівський	1840	1361	1401	1085	1349	15,2	14,1	18,8	17,4	18,3

Острозький	1275	1165	1027	1356	1439	9,4	10,9	10,4	16,8	14,0
Радивилівський	3371	2103	1787	1627	2021	35,1	15,3	15,6	17,1	19,2
Рівненський	4235	3926	4867	5173	5770	12,9	13,8	17,8	20,3	22,4
Рокитнівський	3413	2764	3083	3226	2907	22,0	21,8	22,1	24,5	22,0
Сарненський	2985	4213	3803	3304	3753	14,3	21,0	19,4	18,5	20,6
м. Рівне	14898	14946	14757	14988	16617	24,8	25,1	25,3	25,8	26,5
м. Дубно	2472	2141	1805	2213	2674	18,2	16,1	15,0	20,8	22,7
м. Вараш	807	876		922	645	7,0	7,1		12,8	11,4
<b>Всього:</b>	<b>58792</b>	<b>55107</b>	<b>52375</b>	<b>52481</b>	<b>57706</b>	<b>19,1</b>	<b>19,2</b>	<b>19,1</b>	<b>20,2</b>	<b>21,2</b>

Із наведених та статистично оброблених даних в табл.4.16 видно, що рівень звернень населення за ЕМД у 2016 році становить 312,8 на 1000 населення, при цьому щорічно до 74 тис. осіб звертається в службу ЕМД для отримання медичної допомоги амбулаторно. Із числа осіб, що звернулися у 2016 р. за ЕМД 21,2 % госпіталізується до стаціонарних відділень, а частка тих хто отримує медичну допомогу від медичних працівників ЕМД становить 19,2%.

Далі була вивчена та проаналізована структура викликів ЕМД.

Таблиця 4.17

#### Структура викликів ЕМД, %

Частка викликів ЕМД	2016
З приводу нещасних випадків	7,9%
З приводу пологів та патології вагітності	0,75%
З приводу раптових захворювань	66,5%
З приводу ДТП	0,42%
З приводу перевезення хворих	3,9%
З приводу перевезення медперсоналу, препаратів крові та інших матеріалів	1,9%
Непрофільні виїзди	11,1%

Важливим показником діяльності ЕМД є термін обслуговування медичними бригадами виклику. В цьому напрямку отримані наступні результати:

Таблиця 4.18

#### Терміни обслуговування медичними бригадами викликів

№ з/п	Показник	2013	2014	2015	2016
-------	----------	------	------	------	------

<i>Міське населення:</i>					
1.	10 хвилин	93,9 %	94,1%	93,9%	93,2%
2.	20 хвилин				
3.	40 хвилин				
4.	60 хвилин і більше				
<i>Сільське населення:</i>					
1.	20 хвилин	88,2%	88,7%	88,8%	87,9%
2.	40 хвилин				
3.	60 хвилин і більше				

Аналіз даних вказує на те, що 6,8% викликів в містах та 12,1% в сільській місцевості обслуговується поза межами часу встановленого законодавчо в тому числі 0,5% в містах та 7,2% в сільській місцевості в термін більше однієї години.

#### **4.5 Характеристика діагностичної служби закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги**

В наданні медичної допомоги надзвичайно важливе значення відіграють діагностичні служби. Тому наступним кроком дослідження було вивчення забезпечення закладів охорони здоров'я діагностичними службами: променевої діагностики, лабораторної, функціональної та ендоскопічної.

В ході дослідження встановлено, що жодний із ЗОЗ області в яких надається вторинна медична допомога не оснащений відповідно до галузевого стандарту та не забезпечує виконання клінічних протоколів, які затверджені МОЗ України по забезпеченню якісною медичною допомогою.

Так, в закладах охорони здоров'я вторинного рівня за даними 2016 року відсутнє обладнання та не використовуються сучасні методики для:

- променевого обстеження: рентгеноскопія шлунка за традиційною методикою, первинне подвійне контрастування шлунку, іригоскопія та іригографія, гістеросальпінгографія (метросальпінгографія) (сумісно з акушер-гінекологами), оглядова рентгенографія молочних залоз (при наявності обладнання), функціональне дослідження хребта, внутрішньовенна урографія, рентгеновська комп'ютерна томографія без внутрішньо контрастування (нативна) (при наявності обладнання);

- лабораторного обстеження: автоматизований загальний аналіз крові (кондуктометрія),
- імуноферментний аналіз: визначення антитіл до гепатиту В, визначення антитіл до гепатиту С, визначення антитіл до гельмінтів, визначення антитіл до TORCH-інфекції;
- ендоскопічного обстеження: РХПТ, ЕПСТ, гастроскопія з хроноскопією, колоноскопія з хроноскопією, ЕГДС + уреазний тест на НР;
- функціонального (інструментального) обстеження: ЕКГ з дозованим фізичним навантаженням, ЕКГ добовий моніторинг (холтер), амбулаторний моніторинг артеріального тиску, доплерехокардіографія, дослідження функції зовнішнього дихання з пробою з бронхолітиком.

При цьому:

- встановлені достовірні відмінності в забезпеченні ЗОЗ діагностичним обладнанням;
- 70,8% променевого, 75,7% ендоскопічного, 77,3% функціонального, 68,4 % лабораторного обладнання використовується довше терміну встановленого нормативно;
- 36,7% променевого, 64,2% ендоскопічного, 57,4% функціонального, 34,3 % лабораторного обладнання потребує капітального ремонту;
- рівень укомплектованості посад лікарів фізичними особами наступний: 80,2% лікарів-рентгенологів, 80,4% лікарів з УЗД; 63,6% лікарів-ендоскопістів, 74,0% лікарів з функціональної діагностики, 82,7% лікарів-лаборантів;
- діагностичні служби в ЗОЗ другого рівня надання медичної допомоги працюють в режимі основного робочого часу лікарів. У вихідні, святкові дні та нічний час лікарі, які здійснюють діагностичні дослідження працюють в режимі чергування на дому, що не забезпечує обстеження в межах терапевтичного вікна та не дозволяє використовувати діагностичні дослідження для контролю ефективності лікувального процесу у пацієнтів, які знаходяться в тяжкому стані;

– не використовується контроль та аналіз термінів та обсягів діагностичних обстежень у відповідності до галузевих стандартів, що призводить до збільшення кількості обстежень, а не ефективності та раціональності їх використання.

### **Висновки за розділом:**

1. Встановлено низький рівень охоплення населення ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини при низькому рівні укомплектованості посад ЛЗП/СЛ та сімейних медичних сестер з великою часткою серед них осіб пенсійного віку та недостатньому рівні оснащеності сімейних амбулаторій.

2. Відмічається низький рівень відвідування населенням лікарів з профілактичною метою (32,0% з різницею в 1,8 разів в розрізі адміністративних територій) при невиконанні значною часткою лікарів функції посади. При цьому при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги у 67,50% випадків обстеження пацієнтів не відповідає вимогам клінічних протоколів, а у 57,75% їм не відповідають програми лікування, що вказує на низький рівень якості медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні при відсутності у 88,25% випадків наступності медичної допомоги за її рівнями та етапами.

3. Встановлено достовірну різницю в забезпеченості населення госпітальними ліжками за адміністративними територіями, що призводить до порушення принципу справедливості в доступності населення до вторинної стаціонарної допомоги.

4. Рівень фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та режим роботи окремих служб в вихідні та святкові дні не дозволяє забезпечити надання медичної стаціонарної допомоги у відповідності до Клінічних протоколів.

5. Показники роботи госпітального ліжка вказують на їх стабілізації із скороченням рівня госпіталізації дорослого та збільшенням рівня



госпіталізації дитячого населення області при цьому більше 25% пацієнтів госпіталізуються необґрунтовано і тільки 54,8% отримували медичну допомогу у відповідності до галузевого стандарту.

6. Частка викликів ЕМД з приводу нещасних випадків склала 7,2%, з приводу пологів та патології вагітності 0,7%, з приводу раптових захворювань – 67,1%, ДТП- 0,2%, перевезення хворих – 4,5%, перевезення медперсоналу, препаратів крові та інших матеріалів – 1,9%, непрофільні виїзди – 9,5%.

7. Важливим показником діяльності ЕМД є термін обслуговування медичними бригадами виклику. Аналіз даних вказує на те, що 6,8% викликів в містах та 12,1% в сільській місцевості обслуговується поза межами часу встановленого законодавчо в тому числі 0,5% в містах та 7.2% в сільській місцевості в термін більше однієї години.

8. В наданні медичної допомоги надзвичайно важливе значення відіграють діагностичні служби. Рівень їх ресурсного забезпечення та організація роботи не дозволяють забезпечити обстеження пацієнтів у відповідності до клінічних потреб.

**Перелік публікацій за темою розділу [1-4,13,17,20].**

## Розділ V

# **АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗВЕРНЕННЯ НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ОЦІНКИ НИМ ПОТРЕБ У МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ**

## **5.1. Аналіз основних загальних показників звернень населення за медичною допомогою**

Аналіз динаміки звернень населення різної статі та типу поселення за різними видами медичної допомоги свідчить про сталість показників у області упродовж 2006-2011 років. Порівняно із 2006 роком в області дещо зменшилися рівні викликів швидкої медичної допомоги, підвищилися рівні надання амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної медичної допомоги та значно (на 12,9%) підвищився рівень стаціонарно-замінної форми надання медичної допомоги (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

### **Рівні звернень населення Рівненської області різного типу поселення та різної статі за медичною допомогою (на 1000 осіб відповідного населення )**

Групи населення	Вид медичної допомоги							
	Швидка		Амбулаторно-поліклінічна		Стаціонарна		Стаціонарно-замінна	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Чоловіки	286,0	282,4	5263,7	5460,8	232,7,4	239,7,4	75,4,8	83,4,3
Жінки	289,1	285,6	5319,4	5523,4	235,2,0	242,4,8	76,2,7	84,3,9
Міське населення	390,2	390,6	5406,5	5564,9	239,0,5	244,3,0	77,5,2	85,0,2
Сільське населення	196,7	186,6	5192,5	5429,8	229,5,9	238,3,7	74,4,5	82,9,6

Продовження таблиці 5.1

Групи населення	Вид медичної допомоги							
	Швидка		Амбулаторно-поліклінічна		Стаціонарна		Стаціонарно-замінна	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Чоловіки	291,3	289,2	8165,2	8765,1	191,3	195,1	58,2	68,3
Жінки	301,2	304,6	9132,1	9765,2	198,5	201,2	73,8	76,5
Міське	312,8	315,5	10254,2	11215,2	172,5	178,2	61,3	61,8

населення								
Сільське населення	181,2	183,4	8054,2	8152,3	186,3	191,2	70,7	82,9

*Продовження таблиці 5.1*

Групи населення	Вид медичної допомоги							
	Швидка		Амбулаторно-поліклінічна		Стаціонарна		Стаціонарно-замінна	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Чоловіки	283,2	285,2	9123,7	9749,0	192,2	196,1	67,3	74,2
Жінки	295,4	287,8	10114,0	9891,0	201,9	201,5	74,3	82,2
Міське населення	291,9	288,7	11289,0	11598,8	170,6	195,5	73,9	82,5
Сільське населення	196,7	177,7	8067,8	8052,2	203,2	204,5	67,64	74,1

*Продовження таблиці 5.1*

Групи населення	Вид медичної допомоги			
	Швидка	Амбулаторно-поліклінічна	Стаціонарна	Стаціонарно-замінна
	2016	2016	2016	2016
Чоловіки	301,5	9222,8	234,8	82,9
Жінки	309,3	10072,5	238,2	86,5
Міське населення	307,2	11588,7	172,7	81,1
Сільське населення	276,4	7956,8	183,9	88,3

Зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги порівняно із 2006 роком відбулося за рахунок зменшення звернень до швидкої медичної допомоги серед сільського населення (на 5,1%). У містах рівень звернень до швидкої медичної допомоги статистично значимо не змінився.

Слід також зазначити, що порівняно із міськими поселеннями, у селах кількість викликів швидкої медичної допомоги, як до чоловіків, так і до жінок у два рази менше. У 2006 році показник звернень чоловіків до швидкої медичної допомоги у містах становив 399,6 на 1000 відповідного населення, а у селах – 191,2 на 1000 відповідного населення; у 2011 році – 393,5 (у містах) та 180,7 (у селах) на 1000 відповідного населення. Показник звернень жінок до швидкої медичної допомоги у 2006 році у містах становив 388,9 на 1000 відповідного населення, а у селах – 199,9 на 1000 відповідного населення; у 2011 році – 381,7 (у містах) та 190,6 (у селах) на 1000 відповідного населення.

Зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги порівняно із 2006 роком до чоловіків становить 5,5%, до жінок – 4,7%.

Розподіл населення за статтю та типами поселення між амбулаторно-поліклінічною, стаціонарною та стаціонарно-замінною видами медичної допомоги по області однаковий із сталими показниками упродовж 2006-2011 років. Усереднена характеристика звернень населення щодо різних видів надання медичної допомоги наведена на рис.5.1.

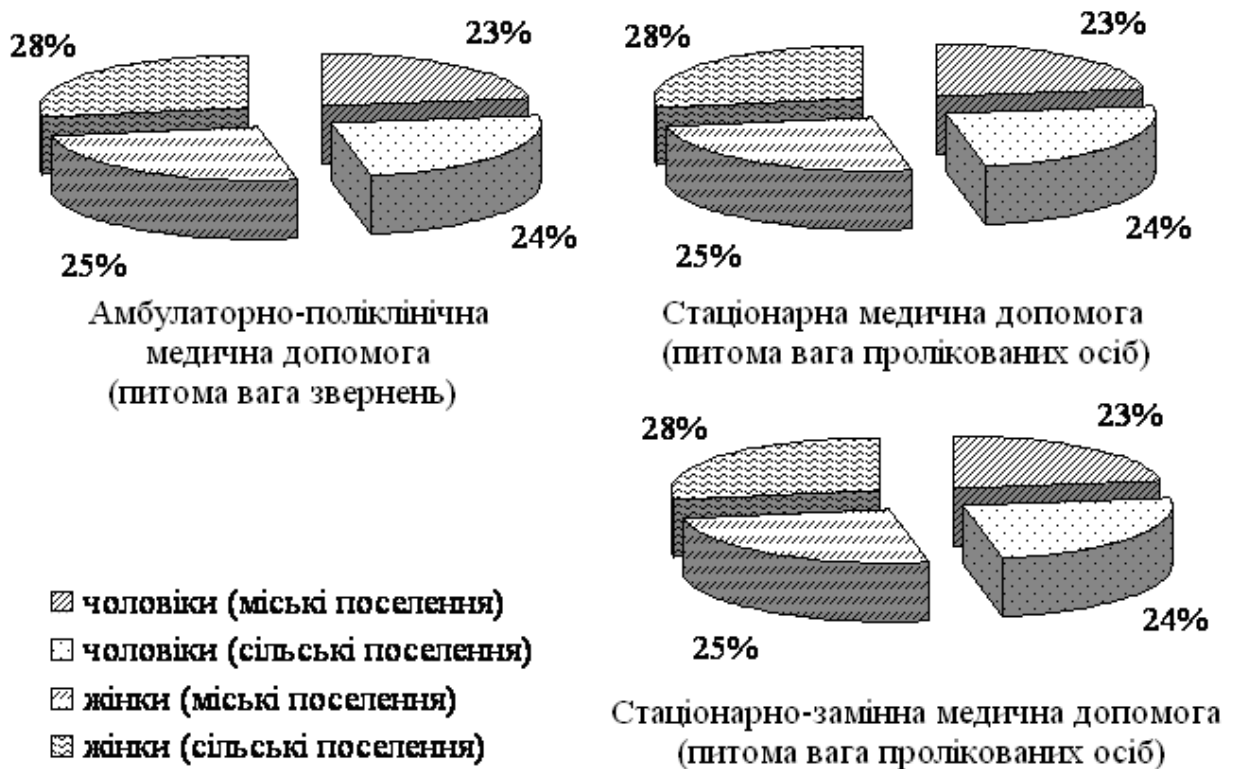


Рис.5.1. Структура звернень населення Рівненської області за отриманням медичної допомоги різних видів різної статі та типу поселення

На основі результатів вивчення стану здоров'я населення Рівненської області за показниками рівнів смертності за причинами смерті, первинної захворюваності, поширеності хвороб та первинного виходу на інвалідність по окремих хворобах виділено найбільш соціально значимі класи хвороб та нозологічні форми за якими проведений аналіз надання медичної допомоги населенню за різними її видами.

Так, серед причин смерті перших п'ять рангових місць, посідають хвороби системи кровообігу (73,5%), новоутворення (12%), травми та

отруєння (5,6%), хвороби органів травлення (3,1%), хвороби органів дихання (1,8%). У структурі первинної захворюваності – хвороби органів дихання (46,5%), хвороби системи кровообігу (8,6%), хвороби органів травлення (8,2%), хвороби ока та придаткового апарату (8%), хвороби сечостатевої системи (7,2%). У структурі поширеності хвороб серед всього населення перші рангові місця займають хвороби системи кровообігу (26%), хвороби органів дихання (20,2%), хвороби органів травлення (10%), хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (7,1%), хвороби ока та придаткового апарату (6,3%). Серед причин первинного виходу на інвалідність заслуговують на увагу хвороби системи кровообігу, новоутворення, травми та отруєння, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, розлади психіки та поведінки.

За аналізом динаміки змін показників здоров'я населення Рівненської області упродовж 2006-2016 років можна стверджувати про зниження рівня смертності населення від хвороб системи кровообігу (2006 рік – 92,5, 2016 рік – 88,7 на 10000 населення) за рахунок зниження смертності від ішемічної хвороби серця (2006 рік – 87,1, 2011 рік – 67,0 на 10000 населення). Рівень смертності від інсультів по області упродовж п'яти років сталий (8,8 на 10000 населення). Найвищий рівень смертності від хвороб системи кровообігу в області спостерігався у 2008 році (збільшення порівняно з 2006 роком на 6,3%) за рахунок підвищення рівня смертності від ішемічної хвороби серця (на 8,3%).

Аналіз захворюваності за період 2006-2011 років свідчить про підвищення рівня первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату на 5,7% (2006 рік – 45,7, 2011 рік – 48,3 на 1000 населення), а також підвищення рівнів поширеності таких хвороб: новоутворення – на 19,3% (2006 рік – 29,6, 2011 рік – 35,3 на 1000 населення), хвороб органів дихання – на 8,1 % (2006 рік – 330,4, 2011 рік – 357,2 на 1000 населення), хвороб органів травлення – на 10,6% (2006 рік – 163,8, 2011 рік – 181,2 на 1000

населення), хвороб системи кровообігу – на 12,8% (2006 рік – 420,0, 2010 рік – 474,0 на 1000 населення).

## **5.2.Зверненість населення Рівненської області за швидкою медичною допомогою**

Загальний рівень викликів швидкої медичної допомоги у 2011 році порівняно з 2006 роком зменшився не суттєво – на 2,6% (з 288,6 до 281 на 1000 населення). Проте, якщо у містах зменшення становить 1,7%, то у селах – 5,1%. Зменшення кількості викликів у сільській місцевості спостерігається як до чоловічого так і до жіночого населення. Табл. 5.2.

*Таблиця 5. 2*

### **Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення та статі (2006 та 2011 роки, на 1000 населення)**

Групи населення	2006 рік	2011 рік
Міські поселення		
чоловіки	399,64	393,46
жінки	388,87	381,69
Сільські поселення		
чоловіки	191,21	180,65
жінки	199,95	190,56

*Продовження таблиці 5. 2*

Групи населення	2012 рік	2014 рік
Міські поселення		
чоловіки	395,8	398,7
жінки	387,5	392,5
Сільські поселення		
чоловіки	181,2	191,5
жінки	194,2	198,6

*Продовження таблиці 5. 2*

Групи населення	2015 рік	2016 рік
Міські поселення		
чоловіки	324,2	365,2
жінки	342,6	386,4
Сільські поселення		
чоловіки	178,6	193,5
жінки	184,8	198,3

Слід також зазначити, що кількість викликів швидкої медичної допомоги в перерахунку на чисельність населення різних типів поселень значно відрізняється. В містах населення звертається до швидкої медичної допомоги у 2 рази частіше ніж у селах.

Найбільш високі рівні викликів швидкої медичної допомоги спостерігаються в містах до чоловіків, вік яких старше 60 років (понад 1 виклик на рік на жителя відповідного віку) з максимально високим рівнем у віковій групі 75-79 років (2020,8 на 1000 відповідного населення). У жінок також найбільш високі рівні викликів швидкої медичної допомоги серед міського населення вікової групи старше 60 років, проте, порівняно із чоловіками – рівень викликів у 1,5 рази менший (рис.5.2).

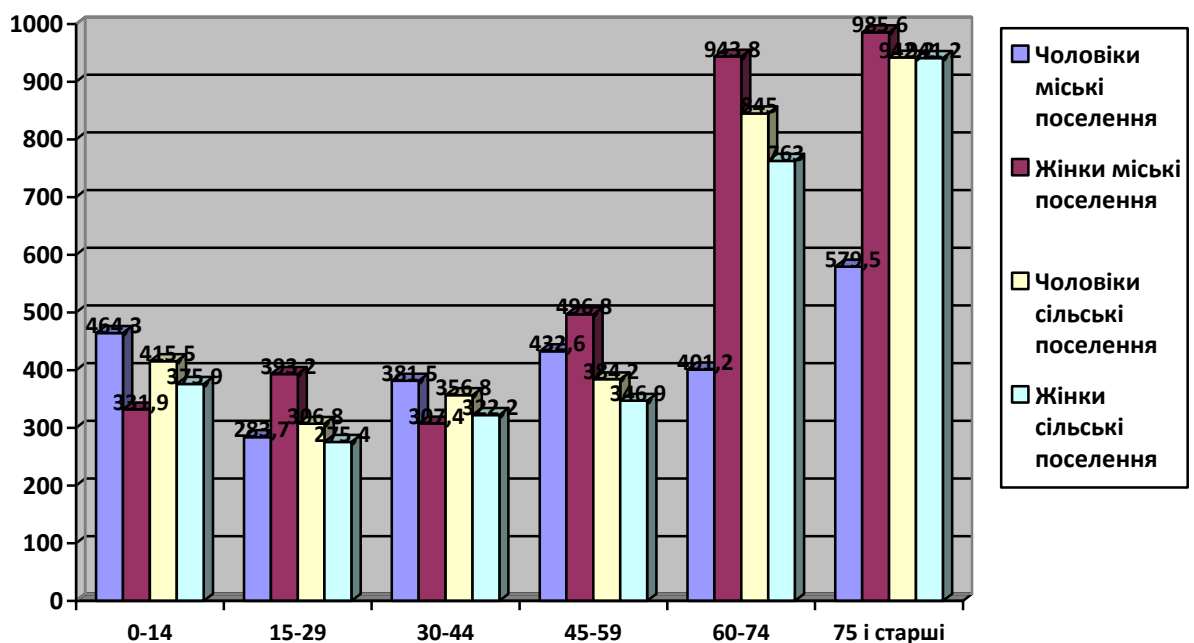


Рис. 5.2. Рівні викликів швидкої медичної допомоги за типом поселення населення різних статеві-вікових груп (2011 рік, на 1000 відповідного населення)

Таблиця 5.3

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги за типом поселення населення різних статеві-вікових категорій ( на 1000 відповідного населення) за 2016 рік**

Стать	Вікові групи, в роках					
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75 і старші
Чоловіки міські поселення	464,3	283,7	381,5	432,6	401,2	579,5
Жінки міські поселення	331,9	393,2	307,4	496,8	943,8	985,6
Чоловіки сільські поселення	415,5	306,8	356,8	384,2	845,0	942,2
Жінки сільські поселення	375,9	275,4	322,2	346,9	763,0	941,2



У сільській місцевості рівні викликів швидкої медичної допомоги до чоловіків і жінок вікової групи старше 60 років у 2,5-2,7 рази, відповідно, нижчі порівняно із містами.

У структурі викликів швидкої медичної допомоги за причинами, перші рангові місця посідають хвороби системи кровообігу, рівень викликів яких становив у 2011 році 89,6 на 1000 населення, хвороби органів дихання (53,9 на 1000 населення), хвороби органів травлення (39,6 на 1000 населення), травми, отруєння та зовнішні причини (19,6 на 1000 населення). РИС.5.3.

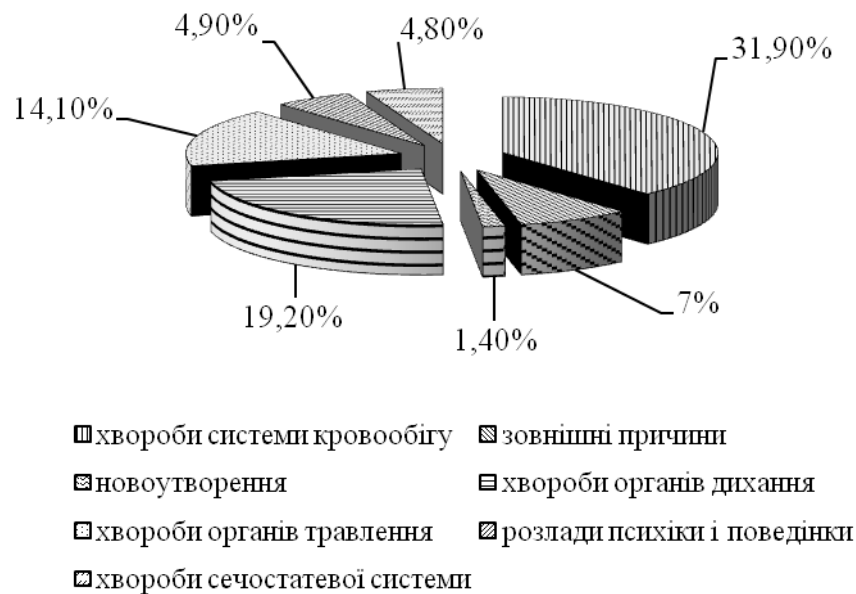
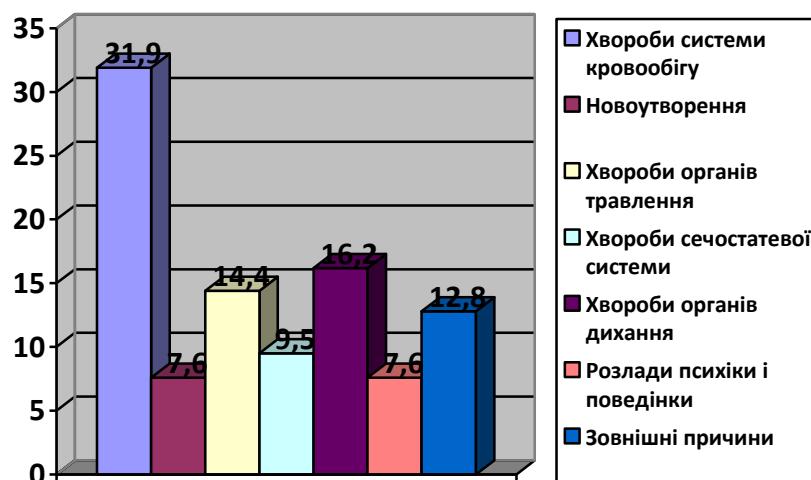


Рис. 5.3. Структура викликів швидкої медичної допомоги (міські та сільські поселення, обидві статі), 2011 рік



**Структура викликів всім населенням швидкої медичної допомоги за причинами (в %) за 2016 рік**

Причини викликів	%
Всі виклики, і них:	100,0
Хвороби системи кровообігу	<b>31,9</b>
Новоутворення	<b>7,6</b>
Хвороби органів травлення	<b>14,4</b>
Хвороби сечостатевої системи	<b>9,5</b>
Хвороби органів дихання	<b>16,2</b>
Розлади психіки і поведінки	7,6
Зовнішні причини	<b>12,8</b>

Таблиця 5.5

**Структура викликів швидкої медичної допомоги за причинами (міські та сільські поселення, обидві статі) за 2016 рік ( в %)**

Структура викликів	Міське поселення	Сільське поселення
Всі виклики, і них:	100,0	100,0
Хвороби системи кровообігу	35,6	32,4
Новоутворення	8,1	7,9
Хвороби органів травлення	16,8	18,3
Хвороби сечостатевої системи	11,3	11,6
Хвороби органів дихання	13,7	14,7
Розлади психіки і поведінки	8,2	6,4
Зовнішні причини	6,3	8,7

Порівняно з 2006 роком відмічається збільшення викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу на 11% (2006 рік –

80,7, 2011 рік – 89,6 на 1000 населення). За іншими причинами рівні викликів швидкої медичної допомоги упродовж 2006-2011 років відносно сталі.

Рівні викликів швидкої медичної допомоги у 2011 році з приводу хвороб системи кровообігу залежно від статі представлено на рис. 5.4.

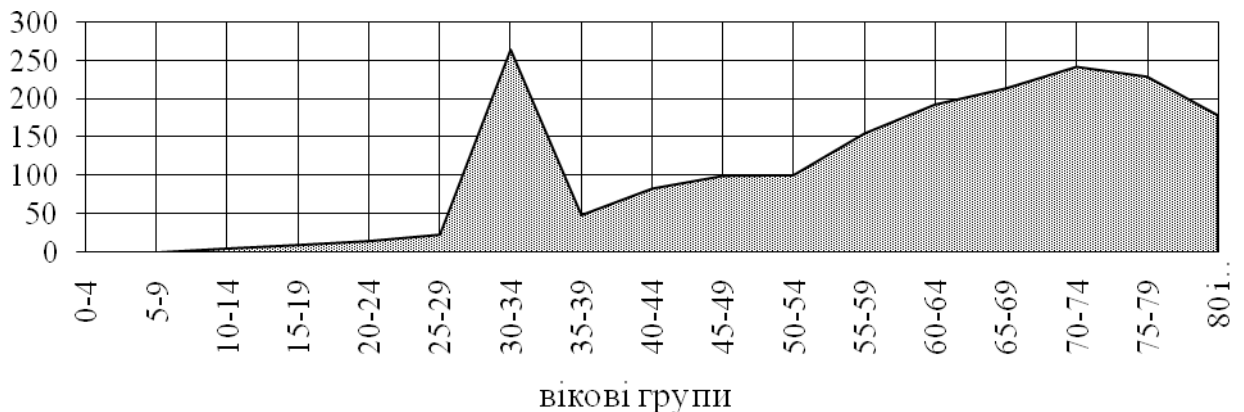


Рис. 5.4. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу у різних вікових групах (на 1000 відповідного населення), 2011 рік.

Слід відзначити високий рівень викликів з приводу хвороб системи кровообігу у віковій групі 30-34 роки, який є найвищим порівняно з іншими віковими групами (264,7 на 1000 населення відповідного віку). Дана ситуація прослідковується незалежно від статі та типу поселення. Найвищий рівень викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу до жінок, які проживають у селах (302,4 на 1000 відповідного населення). У містах рівень викликів швидкої медичної допомоги до чоловіків з приводу цього класу хвороб становить 248,7, а до жінок – 263,6 на 1000 відповідного населення. У селах рівень викликів швидкої медичної допомоги до чоловіків з приводу хвороб системи кровообігу становить 245,9 на 1000 населення.

Аналізуючи динаміку рівня викликів швидкої медичної допомоги до населення вікової групи 30-34 роки з приводу хвороб системи кровообігу за період 2006-2011 роки слід зазначити про значне його збільшення, що представлено у таблиці 5.5.

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення вікової групи 30-34 роки з приводу хвороб системи кровообігу різного типу поселення та статі (2007 – 2011 роки, на 1000 населення)**

Групи населення	2006 рік	2007 рік	2008 рік	2009 рік	2010 рік	2011 рік
Міські поселення						
чоловіки	52,1	50,6	231,7	240,1	248,7	252,6
жінки	56,7	55,1	251,0	258,7	263,6	267,3
Сільські поселення						
чоловіки	48,5	47,0	221,9	234,2	245,9	251,4
жінки	60,7	58,8	272,1	286,8	302,4	332,8

Таблиця 5.6

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення вікової групи 30-34 роки з приводу хвороб системи кровообігу різного типу поселення та статі (2012 – 2016 роки, на 1000 населення)**

Групи населення	2012 рік	2013 рік	2014 рік	2015 рік	2016 рік
Міські поселення					
чоловіки	253,7	256,3	258,5	254,9	257,6
жінки	258,6	249,8	261,3	259,2	262,1
Сільські поселення					
чоловіки	249,3	238,7	241,6	245,3	248,2
жінки	251,3	249,2	251,3	247,3	252,1

Найбільше збільшення рівня викликів швидкої медичної допомоги спостерігалось у 2008 році – порівняно із 2007 роком майже у 5 разів. Крім того, з 2008 року рівні викликів з приводу хвороб системи кровообігу продовжують зростати.

Порівнюючи рівні викликів швидкої медичної допомоги за нозологічними формами класу хвороби системи кровообігу з 2006 роком слід зазначити, що суттєвого підвищення цих показників за основними нозологічними формами (інсульт, інфаркти, гіпертонічна хвороба, ішемічна

хвороба серця, цереброваскулярні хвороби) у віковій групі населення 30-34 років не прослідковується. Табл.5.5.

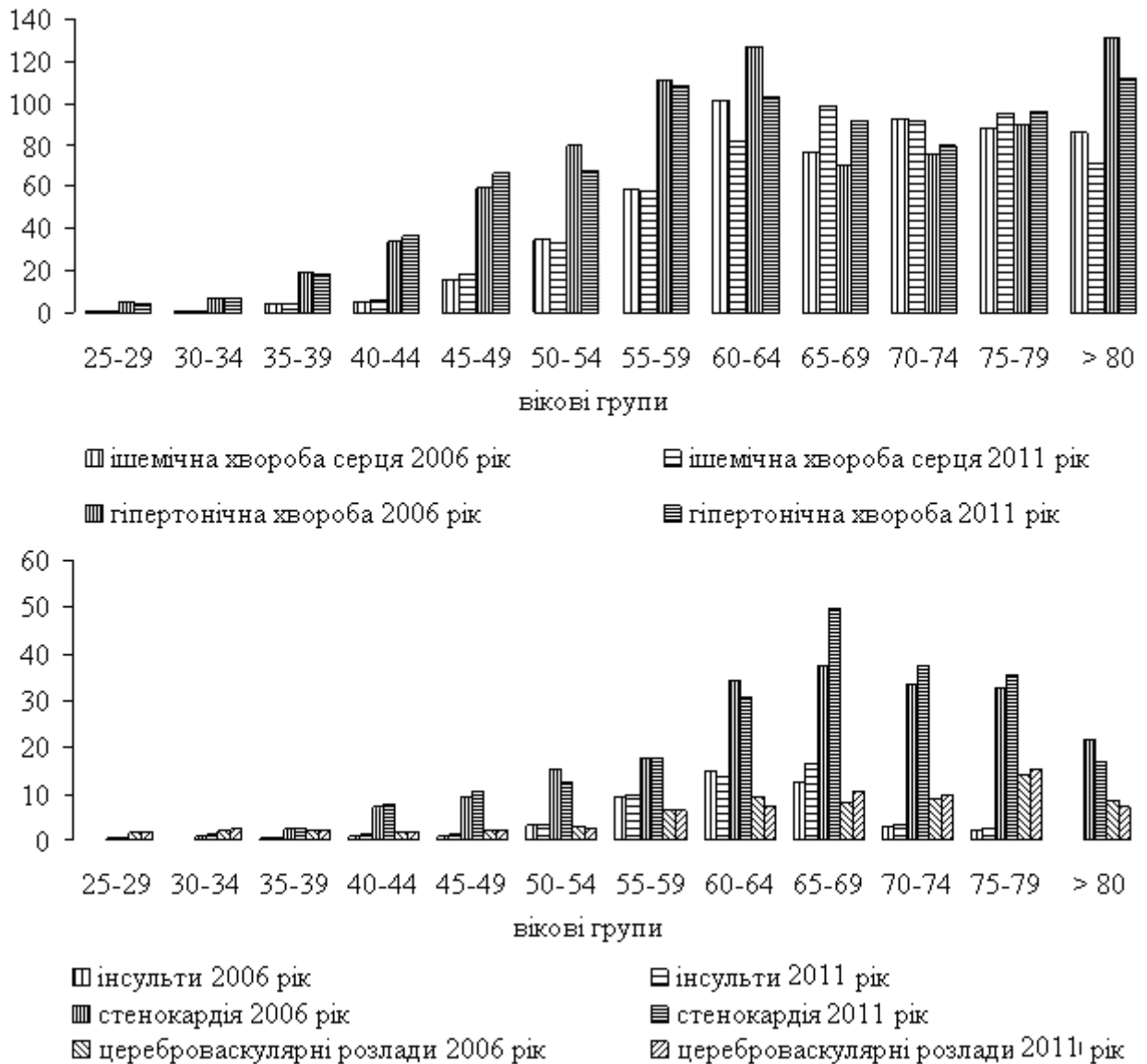


Рис. 5.5. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу основних нозологічних форм класу хвороби системи кровообігу у 2006 та 2011 роках у різних вікових групах.

Найвища кількість викликів швидкої медичної допомоги за нозологічними формами класу хвороби системи кровообігу відмічається у віковій групі 55-64 років та старше 80 років з приводу гіпертонічної хвороби. Проте, слід зазначити, що порівняно з 2006 роком кількість викликів з приводу гіпертонічної хвороби у віковій групі 60-64 років та старше 80 років значно зменшилася (на 18,5% та на 15% відповідно). Зменшення викликів з

приводу гіпертонічної хвороби у містах серед вікової групи 60-64 років становить близько 30% (чоловіки – з 157,4 до 109,6, жінки – з 127,5 до 88,9 на 1000 відповідного населення). У селах – серед чоловіків на 10,6% (з 133,3 до 119,2 на 1000 відповідного населення), серед жінок на 5,9% (з 105,4 до 99,2 на 1000 відповідного населення).

У віковій групі 65-69 років відмічається підвищення рівнів викликів швидкої медичної допомоги за основними нозологічними формами класу хвороби системи кровообігу (підвищення становить близько 30%), що наведено в таблиці 5.7.

Таблиця 5.7

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення та статі вікової групи 65-69 років (2006 – 2011 роки, на 1000 населення)**

Нозологічні форми	Міські поселення				Сільські поселення			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Інсульти	18,8	22,8	14	16,6	13,5	18,5	9,1	12,4
Ішемічна хвороба серця	112,5	136	83,3	99	80,6	110,6	54	74,2
Гіпертонічна хвороба	104,2	127,7	77,1	92,3	74,7	103,1	50,1	57,4
Стенокардія	55,8	68,8	41,3	50,2	40	56,1	26,8	37,5
Цереброваскулярні розлади	12,4	15	9,2	10,9	8,9	12,2	5,9	8,2

Продовження таблиці 5.7

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення та статі вікової групи 65-69 років (2012 – 2016 роки, на 1000 населення)**

Нозологічні форми	Міські поселення									
	2012		2013		2014		2015		2016	
	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін
Інсульти	7,9	7,2	7,6	6,9	8,9	7,3	8,1	7,4	7,9	6,9
Ішемічна хвороба серця	47,9	46,2	48,5	47,3	51,2	49,3	52,6	51,3	53,5	51,2
Гіпертонічна хвороба	65,1	66,3	62,3	64,2	69,3	71,2	72,5	75,6	75,8	78,7
Стенокардія	46,7	47,8	45,3	46,2	68,9	67,5	69,7	70,1	71,6	75,3

Цереброваскулярні розлади	13,5	14,1	12,8	13,1	12,1	13,6	12,6	12,9	12,7	13,1
---------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

*Продовження таблиці 5.7*

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення та статі вікової групи 65-69 років  
(2012 – 2016 роки, на 1000 населення)**

Нозологічні форми	Сільські поселення поселення									
	2012		2013		2014		2015		2016	
	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін
Інсульти	4,7	4,3	4,9	4,5	3,9	4,3	4,1	3,9	3,7	3,9
Ішемічна хвороба серця	36,4	37,2	35,4	34,7	33,6	35,6	36,3	33,5	32,8	36,3
Гіпертонічна хвороба	43,2	46,2	41,5	44,3	45,3	47,5	47,5	43,1	45,1	42,1
Стенокардія	34,5	39,4	37,6	33,2	34,7	36,8	35,3	35,7	34,2	35,4
Цереброваскулярні розлади	8,9	8,7	8,1	7,9	8,6	8,1	7,6	7,9	7,1	7,2

Найбільше збільшення рівня викликів швидкої медичної допомоги порівняно з 2006 роком спостерігається у селах: до жінок з приводу інсультів, ішемічної хвороби серця та стенокардії, цереброваскулярних розладів, а до чоловіків ще й з приводу гіпертонічної хвороби (підвищення становить у 1,4 рази). У містах відмічається підвищення рівнів викликів за основними нозологічними формами класу хвороби системи кровообігу у 1,2 рази.

Вікові особливості викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів дихання характеризуються високими їх рівнями у віковій групі 0-9 років з поступовим зменшенням рівня у вікових групах населення 20-34 років, а потім – підвищенням з максимальними рівнями у більш старших вікових групах, що пов'язано з віковими особливостями захворюваності на хвороби органів дихання (переважання у дитячому віці гострих респіраторних вірусних інфекцій, а у старшому віці – хронічних захворювань органів дихання). Табл.5.6.

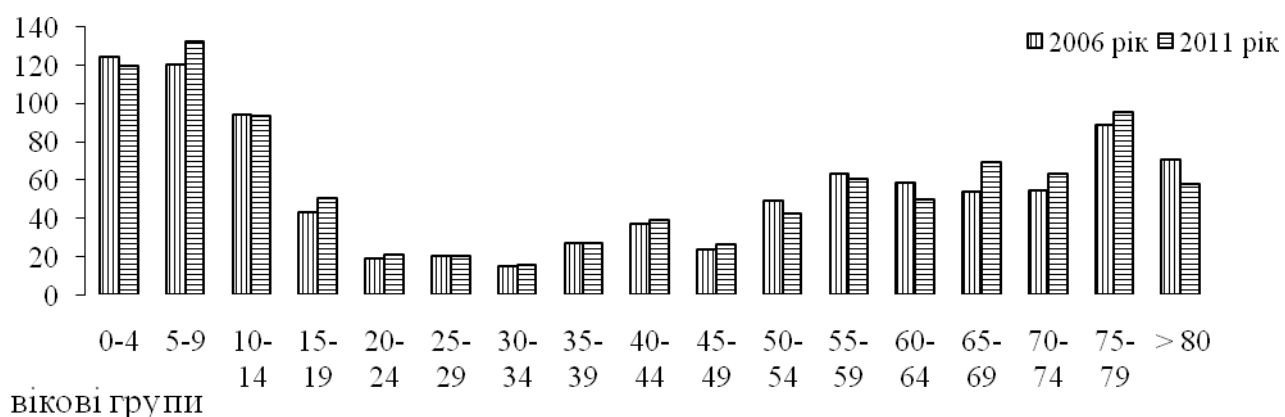


Рис. 5.6. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів дихання у 2006 та 2011 роках у різних вікових групах.

Порівняно з 2006 роком у 2011 році загальний рівень викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів дихання майже не змінився (52,23 та 53,98 на 1000 населення відповідно). Проте, суттєве підвищення рівнів викликів відмічається у вікових групах 5-9 років (на 10,4%, з 119,7 до 132,2 на 1000 відповідного населення), 15-19 років (на 17,3%, з 42,7 до 50,1 на 1000 відповідного населення), 65-69 років (на 28,7%, з 53,7 до 69,1 на 1000 відповідного населення), 70-74 років (на 16,5%, з 54,0 до 62,9 на 1000 відповідного населення). Одночасно відмічається зменшення рівнів викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів дихання у вікових групах 50-54 років (на 14,1%, з 48,8 до 41,9 на 1000 відповідного населення), 60-64 років (на 14%, з 57,9 до 49,8 на 1000 відповідного населення), старше 80 років (на 18,9%, з 70,5 до 57,2 на 1000 відповідного населення).

Найбільше підвищення рівнів викликів порівняно з 2006 роком відмічається до мешканців сіл вікової групи 65-74 років, яке становить 1,4 рази (чоловіки – з 55,9 до 75,3, жінки – з 35,5 до 46,8 на 1000 відповідного населення). У містах до вікової групи 15-19 років підвищення рівня викликів з приводу хвороб органів дихання становить 1,3 рази (чоловіки – з 37,3 до 46,8, жінки – з 40,6 до 50,7 на 1000 відповідного населення).

Зменшення рівня викликів до населення вікової групи 60-64 років з приводу хвороб органів дихання відбулося за рахунок міського населення. Зменшення порівняно з 2006 роком становить 1,3 рази (чоловіки – з 71,8 до



52,7, жінки – з 58,2 до 42,7 на 1000 відповідного населення). До населення вікової групи старше 80 років кількість викликів зменшилася як в містах так і в селах у 1,3 рази (у містах: чоловіки – з 195,1 до 154,7, жінки – з 71,7 до 57,7; у селах: чоловіки – з 110,9 до 84,3, жінки – з 37,9 до 31,7 на 1000 відповідного населення).

Виклики швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення посідають третє рангове місце у загальній структурі викликів. Порівняно з 2006 роком у 2011 році загальний рівень викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення майже не змінився (2006 рік - 38,55, 2011 рік - 39,55 на 1000 населення).

Вікові особливості викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення характеризуються поступовим збільшенням рівнів викликів починаючи з вікової групи 25-29 років. Найбільш високий рівень викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення у 2006 році спостерігався у віковій групі 60-64 років, а у 2011 році – 65-69 років.

Порівняно з 2006 роком у 2011 році відмічається зменшення викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення у вікових групах 50-54 роки (на 15%) та 60-64 роки (на 17,2%), а у віковій групі 65-69 років – навпаки збільшення (на 27,6%). Рис.5.7.

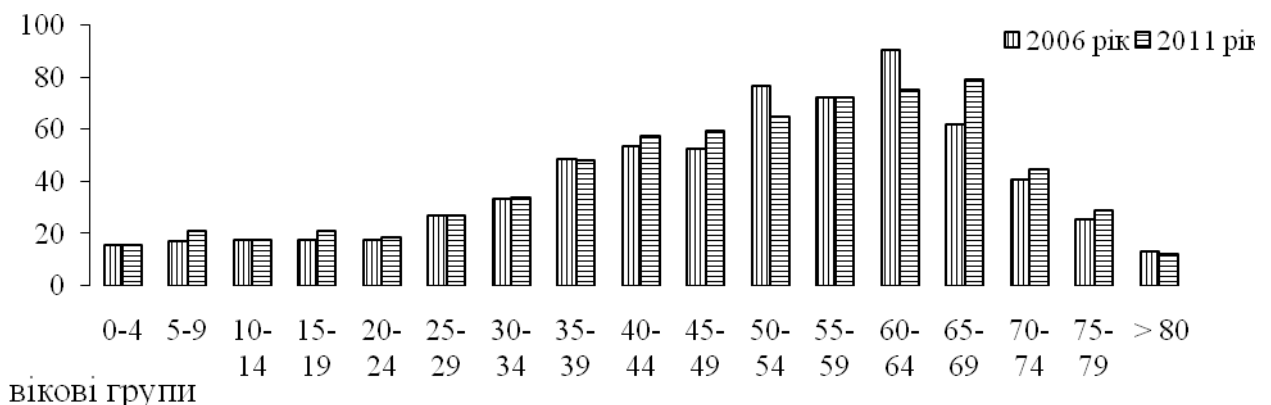


Рис. 5.7. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення у 2006 та 2011 роках у різних вікових групах.

У структурі причин викликів з приводу хвороб органів травлення перше місце посідає виразкова хвороба (35,9%) з приводу якої рівень викликів у 2006 році становив 13,7, а у 2010 році – 14,2 на 1000 населення.

Значно перевищують загальний показник рівня викликів швидкої медичної допомоги з приводу виразкової хвороби рівні викликів до населення вікової групи 30-64 років (у 1,5-2 рази). Рис.5.8.

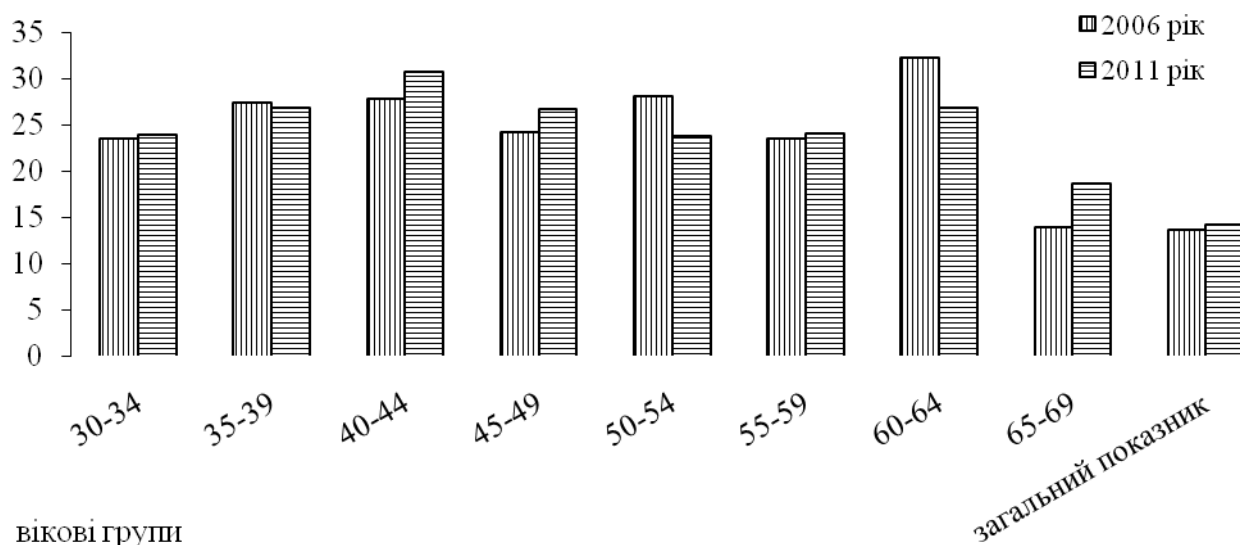


Рис.5.8. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу виразкової хвороби у 2006 та 2011 роках у різних вікових групах.

Слід зазначити, що у 2006 році найвищий показник рівня викликів був до населення вікової групи 60-64 роки (32,2 на 1000 відповідного населення), а у 2011 році – до населення вікової групи 40-44 роки (30,7 на 1000 відповідного населення). Порівняно з 2006 роком спостерігається підвищення рівнів викликів швидкої медичної допомоги з приводу виразкової хвороби до населення вікової групи 40-49 років на 10% та зменшення рівня викликів у вікових групах 50-54 та 60-64 років (на 15% та 16,8% відповідно).

Аналізуючи рівні викликів з приводу виразкової хвороби до населення вікової групи 40-49 років за типом поселення слід відмітити, що у містах з приводу цієї нозологічної форми найбільше викликів спостерігається до чоловіків, а у селах – до жінок. Крім того, рівні викликів швидкої медичної

допомоги до жінок сільських поселень з приводу виразкової хвороби найвищі у цій віковій групі (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення вікової групи 40-49 років з приводу виразкової хвороби (2011 рік, на 1000 населення)**

Вікова група	Міські поселення		Сільські поселення	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
40-44 років	30,98	29,56	27,24	35,51
45-49 років	25,37	23,59	26,50	32,03

Таблиця 5.8.1

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення вікової групи 40-49 років з приводу виразкової хвороби (2012-2016 рр., на 1000 населення)**

Вікова група	Міські поселення/ роки									
	2012		2013		2014		2015		2016	
стать	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін
40-44 р.	28,7	25,1	27,2	24,1	29,2	25,3	27,3	24,1	30,2	26,3
45-49 р.	29,4	24,6	28,1	23,4	31,1	26,4	29,4	23,5	29,7	25,4

Таблиця 5.8.2

**Рівні викликів швидкої медичної допомоги до населення різного типу поселення вікової групи 40-49 років з приводу виразкової хвороби (2012-2016 рр., на 1000 населення)**

Вікова група	Сільські поселення/ роки									
	2012		2013		2014		2015		2016	
стать	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін
40-44 р.	23,4	21,2	26,4	22,4	27,8	23,1	25,4	21,4	29,5	24,6
45-49 р.	26,7	22,5	25,5	21,6	29,3	25,3	27,3	22,7	27,3	23,5

Друге місце у структурі викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення посідають хвороби підшлункової залози (15,7%). Порівняно з 2006 роком вікова структура викликів з приводу хвороб підшлункової залози дещо змінилася. Якщо у 2006 році рівні викликів поступово зростали до максимального рівня у віковій групі 60-64 років, то у 2011 році рівні викликів майже однаково високі порівняно із загальним

показником у всіх вікових групах починаючи із 40-річного віку до 70 років (рис. 5.9).

Слід зазначити, що порівняно з 2006 роком відмічається зменшення рівня викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб підшлункової залози до населення вікової групи 60-64 років на 16,7% та підвищення рівня викликів у віковій групі 65-69 на 31%.

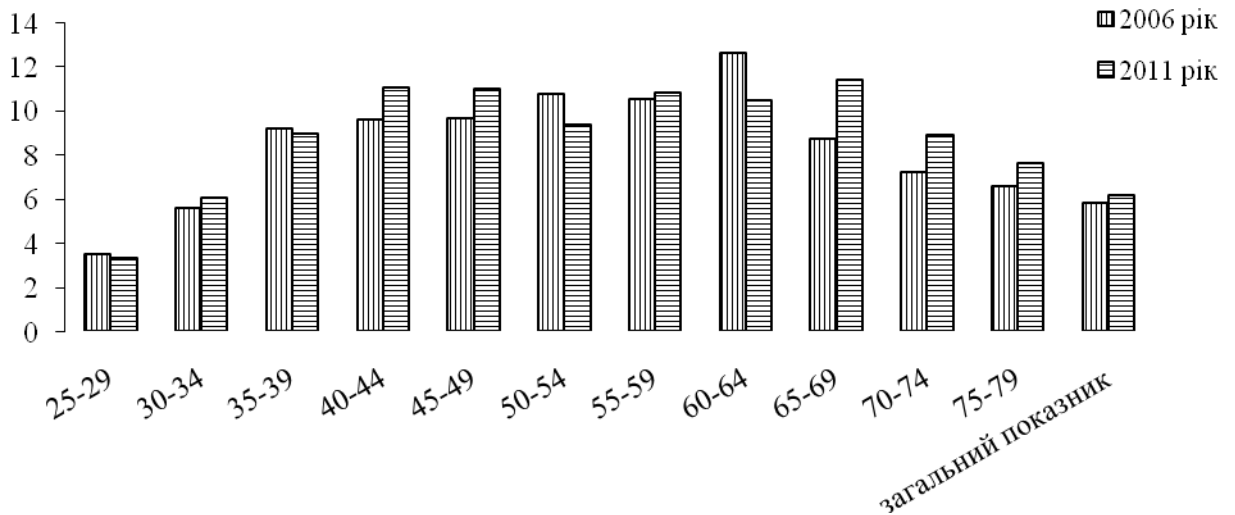


Рис.5.9. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб підшлункової залози у 2006 та 2011 роках у різних вікових групах

У 2011 році рівні викликів з приводу хвороб підшлункової залози до населення вікової групи 40-69 років різного типу поселення були найвищі до чоловіків міських поселень та до жінок сільських поселень (11,4 на 1000 відповідного населення). Рівень викликів до жінок міських поселень становив 9,65 на 1000 відповідного населення, а до чоловіків сільських поселень – 11,2 на 1000 відповідного населення.

Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу холангітів у 2011 році порівняно з 2006 роком суттєво не змінилися як за загальним показником (4,7 та 4,5 на 1000 населення), так і групах за типом поселення та статтю (рис. 5.10)/

Проведений аналіз вище наведених показників на рис 9 свідчить, що серед чоловіків і жінок вікової групи 40-59 років звертаються до швидкої медичної допомоги з приводу холангітів частіше жителі сільських поселень,

а після 60 років – міські жителі. На тлі незначного підвищення рівня викликів швидкої медичної допомоги з приводу холангітів у містах упродовж 2006-2011 років (з 4,6 до 4,8 на 1000 населення) у віковій групі 60-64 років, як серед жінок так і серед чоловіків характерним є суттєве зменшення рівнів викликів майже на 30%.

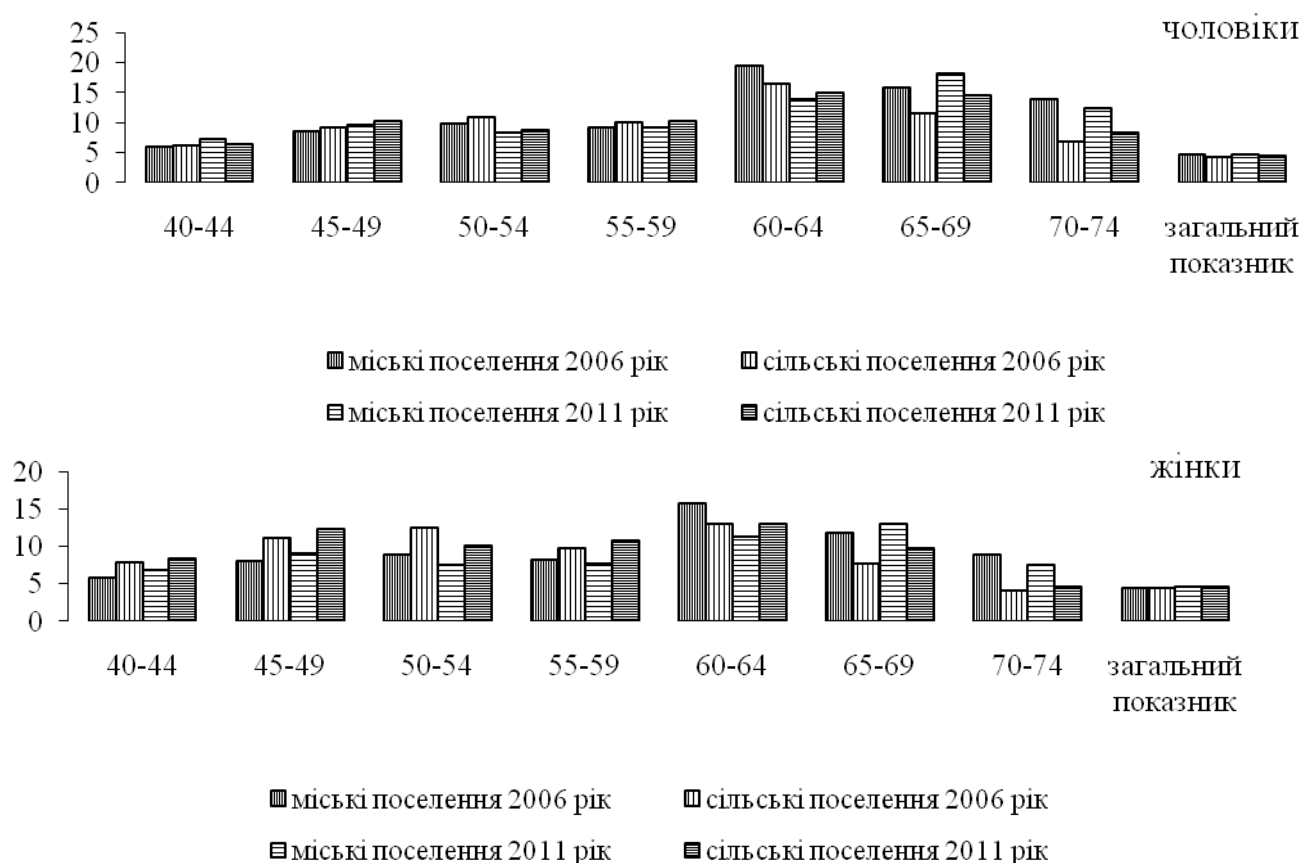


Рис. 5.10. Рівні викликів швидкої медичної допомоги з приводу холангітів у різних статеві-вікових групах та типах поселення (2006 та 2011 роки, на 1000 населення відповідного віку)

### 5.3.Зверненість населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною допомогою

Упродовж 2006-2011 років спостерігається чітка тенденція до підвищення загального рівня зверненості населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною допомогою (2006 рік – 5214,3, 2008 рік – 5306,3, 2011 рік –

5434,1 на 1000 населення). Зростання рівнів звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою відмічається, як в містах, так і в селах (2006 рік – 5337,2, 2011 рік – 5516,1; 2006 рік – 5110,1, 2011 рік – 5360,6 відповідно). Рис.5.11.

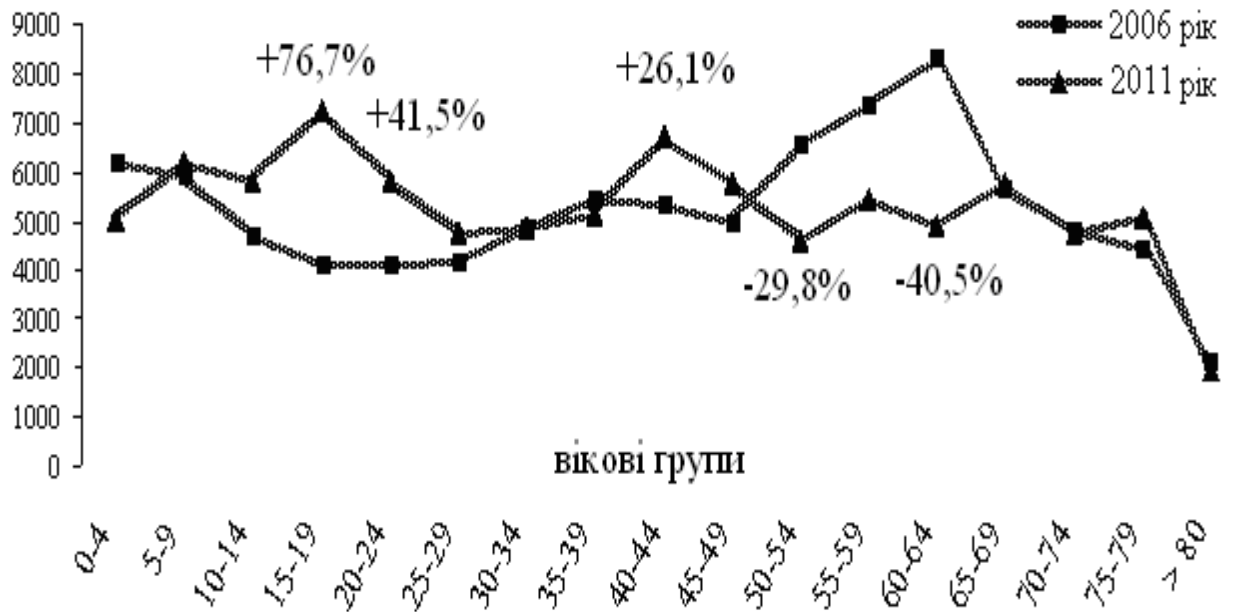


Рис. 5.11. Рівні зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою (на 1000 населення), 2006 та 2011 роки.

Проте, підвищення рівнів зверненості відмічається тільки у вікових групах 10-29 та 40-44 років. У вікових групах 50-69 років, навпаки, відмічається зменшення звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою порівняно з 2006 роком.

У 2011 році найвищий рівень звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою спостерігався серед чоловіків вікової групи старше 60 років, які проживали у містах (7686 на 1000 відповідного населення), найнижчий – серед жінок цієї ж вікової групи, які проживали у селах (3270 на 1000 відповідного населення). Чоловіки міських поселень з віком частіше звертаються до амбулаторно-поліклінічних закладів, а жінки – навпаки, менше. Рис.5.12.

У структурі звернень перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (1370,4 на 1000 населення), друге – хвороби органів дихання

(1117,6 на 1000 населення), третє – хвороби органів травлення (536,4 на 1000 населення), четверте – ендокринні хвороби (380,1 на 1000 населення), п'яте – хвороби ока (322,5 на 1000 населення) та кістковом'язової системи (309 на 1000 населення). Рис.5.13.

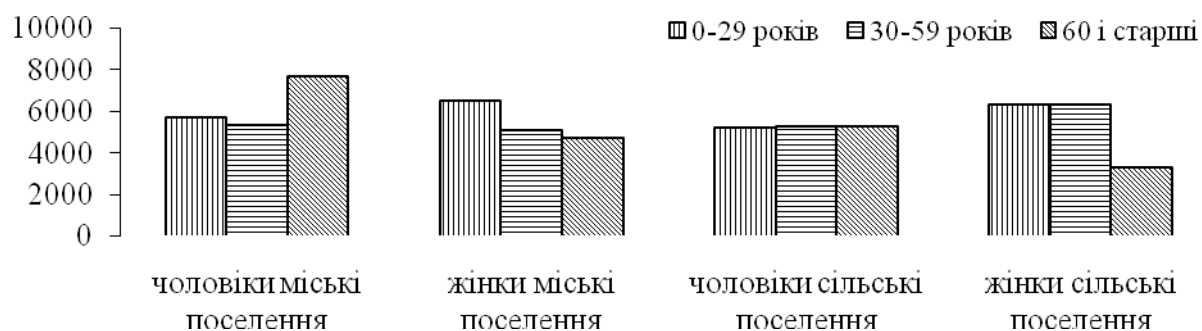


Рис.5.12. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою населення різних статеві-вікових груп та типу поселення (2011 рік, на 1000 відповідного населення)



Рис. 5.13. Структура звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою за класами хвороб (міські та сільські поселення, обидві статі), 2011 рік

рівень зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу хвороб системи кровообігу у 2011 році порівняно з 2006 роком

збільшився на 8,7% (з 1260,7 до 1370,4 на 1000 населення). Аналізуючи динамку змін рівнів звернень упродовж 2006-2008 року слід зазначити, що у 2008 році порівняно з 2006 роком спостерігалось значне підвищення рівнів звернень населення вікової групи старше 65 років до амбулаторно-поліклінічних закладів (у 2 рази – з 1988,5 до 3993,4 на 1000 відповідного населення). Проте, у 2011 році рівні звернень суттєво зменшилися, залишившись високими у віковій групі 60-69 років. Перевищення порівняно з 2006 роком становить 1,6 рази (2006 рік – 3432,9, 2011 рік – 5379,1 на 1000 відповідного населення).

У віковій групі 45-54 років навпаки відмічається зниження показника звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою, яке становить 1,4 рази (2006 рік – 2439,8, 2011 рік – 1750,96 на 1000 відповідного населення). Рис.5.14.

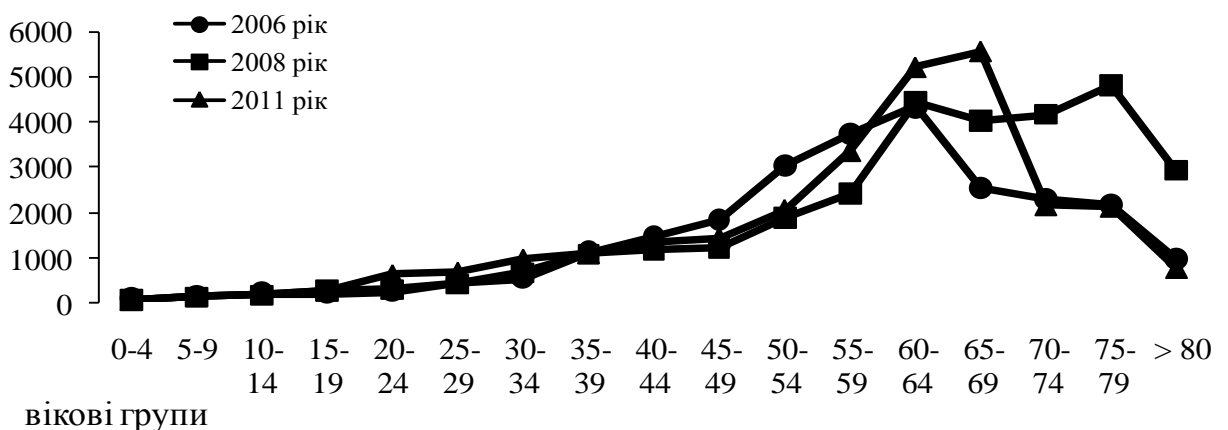


Рис. 5.14. Рівні зверненості населення різних вікових груп за амбулаторно-поліклінічною допомогою (на 1000 населення), 2006, 2008 та 2011 роки.

Найбільша питома вага у структурі звернень належить пацієнтам із ішемічною хворобою серця (33%, 2006 рік – 423,1, 2011 рік – 459,8 на 1000 населення), друге місце посідають хворі на гіпертонічну хворобу (23%, 2006 рік – 329,4, 2011 рік – 313,5 на 1000 населення), третє – пацієнтам, які страждають на стенокардію (8%, 2006 рік – 107,6, 2011 рік – 196,5 на 1000 населення).



З приводу ішемічної хвороби серця найбільша кількість звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою у 2006 році спостерігалася у віковій групі 60-74 років. Слід зазначити, що порівняно з 2006 роком у 2011 році на тлі незначного збільшення рівня звернень з приводу ішемічної хвороби серця до амбулаторно-поліклінічних закладів, відмічається суттєве омолодження контингенту, що звернувся з приводу цієї хвороби за медичною допомогою. Так, у віковій групі 35-54 років збільшення рівнів звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою, як у містах так і у сільських поселеннях становить 6-9 разів.

Таблиця 5.6

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця населення різних статеві-вікових груп та типу поселення, 2006 та 2011 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
25-29	0,12	0,19	0,6	0,11	0,22	0,5
30-34	10,93	4,65	2,4	11,67	5,03	2,3
35-39	163,00	19,29	8,4	171,56	18,97	9,0
40-44	319,44	34,15	9,4	304,16	32,67	9,3
45-49	500,68	54,29	9,2	464,12	51,39	9,0
50-54	1081,02	167,31	6,5	971,87	151,12	6,4
55-59	1595,48	896,65	1,8	1348,08	792,13	1,7
60-64	2481,13	2734,21	0,9	2013,68	2212,51	0,9
65-69	3025,17	4844,47	0,6	2200,95	3585,41	0,6
70-74	1807,12	6834,24	0,3	1122,62	4404,14	0,3
75-79	1177,23	684,30	1,7	638,27	357,88	1,8
80 і старші	106,13	470,83	0,2	39,95	172,64	0,2
Всього	474,38	439,46	1,1	460,18	427,60	1,1
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
25-29	0,14	0,18	0,8	0,15	0,24	0,6
30-34	10,88	4,30	2,5	13,34	5,40	2,5
35-39	147,97	16,76	8,8	184,91	22,57	8,2
40-44	280,29	34,88	8,0	365,73	44,46	8,2
45-49	522,12	58,57	8,9	631,88	70,60	9,0
50-54	1148,39	186,27	6,2	1310,70	212,91	6,2
55-59	1785,48	970,01	1,8	1853,22	942,79	2,0

60-64	2700,36	2313,33	1,2	2312,41	1830,50	1,3
65-69	2458,19	3472,66	0,7	1649,48	2327,45	0,7
70-74	1220,99	3378,60	0,4	691,86	2026,23	0,3
75-79	579,95	338,63	1,7	291,19	177,45	1,6
80 і старші	58,54	266,81	0,2	21,78	91,27	0,2
Всього	441,09	405,04	1,1	465,29	423,58	1,1

*Продовження таблиці 5.6*

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця населення різних статеві-вікових груп та типу поселення, 2015 та 2016 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
25-29	0,14	0,21	0,6	0,12	0,23	1,9
30-34	9,74	9,86	0,9	9,37	8,9	0,9
35-39	158,7	156,3	1,0	171,56	126,4	0,7
40-44	289,6	294,2	0,98	294,2	273,5	0,9
45-49	496,5	521,6	0,9	386,3	393,5	1,0
50-54	683,7	791,2	0,86	768,5	684,5	0,8
55-59	934,8	975,3	0,9	964,8	792,9	0,8
60-64	1346,2	1587,2	1,1	1896,3	1764,2	0,9
65-69	1863,5	1976,2	1,06	2237,5	2153,2	0,96
70-74	2135,2	2289,1	1,0	2136,4	2026,4	0,94
75-79	2046,5	2168,4	0,9	1975,3	1862,4	0,94
80 і старші	1356,4	1876,2	0,7	1534,5	1523,6	0,99
Всього	943,4	1053,8	1,1	1117,3	967,5	0,86
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
25-29	0,12	0,17	1,0	0,13	0,21	0,6
30-34	9,86	10,23	1,0	9,56	9,3	1,0
35-39	145,37	156,4	1,1	136,8	123,5	1,1
40-44	253,39	278,3	1,1	189,2	176,3	1,0
45-49	422,15	456,8	1,08	325,1	316,4	1,02
50-54	748,41	798,2	1,06	694,2	687,3	1,0
55-59	985,53	1032,5	1,04	892,4	897,3	0,9
60-64	1567,36	1654,3	1,05	986,2	963,1	1,0
65-69	1625,36	1782,6	1,09	1023,2	1115,1	0,91
70-74	1756,2	1892,8	1,07	892,5	897,2	0,9
75-79	1689,3	1789,2	1,05	834,2	825,3	1,0
80 і старші	1135,2	1234,7	1,08	532,6	521,3	1,0
Всього	823,5	867,6	1,05	501,3	502,5	0,9

З приводу гіпертонічної хвороби також відмічається зменшення рівня звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів (2006 рік - 329,4, 2011 рік – 313,5 на 1000 населення). Характерним є також омолодження контингенту, що звертається до поліклінічних закладів з приводу гіпертонічної хвороби, а також зменшення відвідувань поліклінік населенням вікової групи 70-79 років з приводу цієї хвороби. Так, порівняно з 2006 роком у віковій групі 15-19 років рівень звернень збільшився у 1,5 рази (з 2,7 до 4,1 на 1000 відповідного населення), поступово збільшується рівень зверненості у віковій групі 10-14 років (2006 рік – звернень не було, 2008 рік – 0,8, 2011 рік – 1,3 на 1000 відповідного населення). У віковій групі 70-79 років рівень зверненості пацієнтів за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гіпертонічної хвороби порівняно з 2006 роком зменшився на 37% (з 74,1 до 46,7 на 1000 відповідного населення).

Суттєвих якісних змін упродовж 2006-2011 років зазнала зверненість за амбулаторно-поліклінічною допомогою пацієнтів, що хворіють на стенокардію (табл.5.7).

Так, незважаючи на те, що загальні рівні зверненості чоловіків і жінок, як у міських поселеннях так і у сільських місцевостях у 2011 році порівняно з 2006 роком не змінилися, у вікових групах 30-44 років підвищення рівня зверненості становить 4,4 рази, а у віковій групі 75-79 років – 10 разів. У віковій групі 50-64 років, навпаки, відмічається зменшення, яке становить близько 2 рази.

Пацієнти з хворобами органів дихання посідають друге місце у структурі звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою. Порівняно з 2006 роком рівень зверненості у 2011 році збільшився на 12,7% (з 991,7 до 1117,6 на 1000 населення), за рахунок підвищення відвідувань з приводу пневмонії (збільшення на 32,9%, з 16,7 до 22,2 на 1000 населення). Рівень звернень з приводу хронічного бронхіту навпаки зменшився на 11,1% (з 61 до 54,2 на 1000 населення). Рис.5.15.

Таблиця 5.7

Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу  
**стенокардії** населення різних статеві-вікових груп та типу поселення, 2006  
та 2011 роки

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
0-29	-	-	-	-	-	-
30-34	6,53	0,31	21,1	6,83	0,39	17,5
35-39	116,47	12,58	9,3	122,56	12,40	9,9
40-44	156,68	45,50	3,4	149,21	43,55	3,4
45-49	141,92	123,09	1,2	131,65	116,52	1,1
50-54	153,04	413,33	0,4	137,63	373,24	0,4
55-59	303,42	461,22	0,7	256,41	407,42	0,6
60-64	356,99	687,31	0,5	289,64	556,02	0,5
65-69	474,52	498,03	1,0	345,30	368,65	0,9
70-74	580,84	448,98	1,3	360,90	289,30	1,2
75-79	698,83	66,42	10,5	379,02	34,81	10,9
80 і старші	354,63	71,56	5,0	134,02	26,38	5,1
Всього	109,82	111,74	1,0	106,54	108,73	1,0
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
0-29	-	-	-	-	-	-
30-34	6,41	0,35	18,3	0,15	0,39	0,4
35-39	105,72	10,94	9,7	132,12	14,75	9,0
40-44	137,49	46,52	3,0	179,37	59,23	3,0
45-49	148,08	132,76	1,1	179,14	160,00	1,1
50-54	162,60	460,10	0,4	185,56	525,92	0,4
55-59	339,64	498,92	0,7	352,47	484,96	0,7
60-64	388,43	581,35	0,7	332,66	460,08	0,7
65-69	385,60	357,04	1,1	258,76	239,28	1,1
70-74	392,54	221,89	1,8	222,39	133,12	1,7
75-79	344,33	32,84	10,5	172,86	17,21	10,0
80 і старші	196,03	40,77	4,8	72,75	13,89	5,2
Всього	102,12	102,99	1,0	107,71	107,70	1,0

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу  
стенокардії населення різних статеві-вікових груп та типу поселення,  
2015 та 2016 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
0-29	0,11	0,15	0,73	0,08	0,07	1,14
30-34	6,31	6,45	0,9	5,21	5,34	0,99
35-39	32,1	35,4	0,9	31,4	32,5	0,96
40-44	46,2	43,6	1,0	48,6	49,2	0,98
45-49	98,4	97,5	1,0	97,3	101,2	0,96
50-54	123,5	134,6	0,9	134,2	140,6	0,95
55-59	132,8	127,3	1,0	143,5	151,2	0,94
60-64	234,5	243,2	0,96	294,2	301,2	0,96
65-69	254,3	263,2	0,96	325,6	342,3	0,95
70-74	231,5	241,3	0,95	295,3	286,1	1,0
75-79	198,4	189,2	1,0	183,6	189,4	0,96
80 і старші	182,1	179,4	1,0	178,3	186,2	0,95
Всього	128,3	130,1	0,98	144,7	148,7	0,97
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
0-29	0,08	0,07	1,14	0,02	0,01	2,0
30-34	5,23	5,12	1,0	4,98	5,21	0,95
35-39	28,6	27,9	1,0	27,9	26,4	1,0
40-44	34,6	35,7	0,9	35,4	37,8	0,9
45-49	75,2	74,3	1,0	68,4	67,5	1,0
50-54	112,4	114,6	0,9	125,3	131,2	0,95
55-59	124,3	131,2	0,95	131,2	129,4	1,0
60-64	187,3	179,2	1,0	191,2	184,3	1,0
65-69	214,3	216,2	0,9	231,4	243,1	0,95
70-74	232,1	229,1	1,0	215,3	221,4	0,97
75-79	156,3	173,2	0,9	169,1	172,4	0,98
80 і старші	148,3	151,5	0,97	154,3	162,4	0,95
Всього	109,9	111,5	0,98	112,8	115,1	0,98

Найбільший рівень зверненості з приводу пневмонії спостерігається серед дитячого населення. У 2011 році порівняно з 2006 роком даний показник у віковій групі 0-4 роки збільшився на 14% (68,7 та 60,2 на 1000 відповідного населення), а порівняно з 2008 роком, коли відмічався спад звернень з приводу пневмонії, в цій віковій групі збільшення становить 71,8% (з 40 до

68,7 на 1000 відповідного населення). Динаміка змін залежно від типу поселення майже однакова.

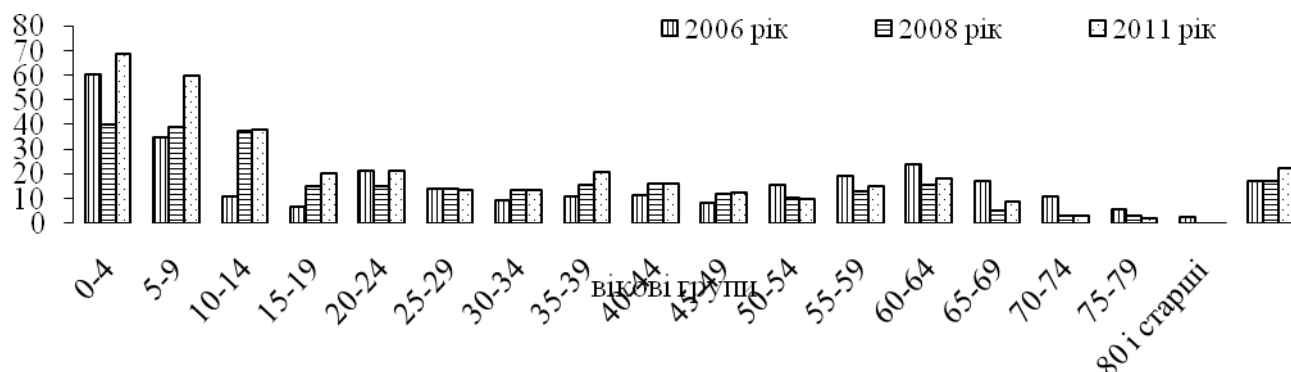


Рис.5.15. Рівні звернень населення різних вікових груп за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу пневмонії (на 1000 населення) 2006, 2008, 2011 роки

У віковій групі 5-14 років збільшення рівня зверненості становить 2,1 рази. На відміну від вікової групи 0-4 років збільшення загального рівня зверненості з приводу пневмонії у цій віковій групі відбулося більше за рахунок сільського населення та чоловічої статі міської місцевості (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

**Рівні зверненості за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу пневмонії населення різного типу поселення вікової групи 5-14 років (на 1000 населення)**

Стать	Роки	Вікові групи, динаміка змін			
		5-9 років	Динаміка змін 2011/2006	10-14 років	Динаміка змін 2011/2006
Міські поселення					
чоловіки	2006	39,70	1,6	11,61	3,7
чоловіки	2011	63,75		42,94	
жінки	2006	46,72	1,6	42,94	1,2
жінки	2011	75,92		50,53	
Сільські поселення					
чоловіки	2006	27,04	1,8	8,82	3,4
чоловіки	2011	47,92		29,65	
жінки	2006	31,86	1,8	10,29	3,4
жінки	2011	57,49		34,83	

**Рівні зверненості за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу  
пневмонії населення різного типу поселення вікової групи 5-14 років  
(на 1000 населення) за 2015 та 2016 роки**

Стать	Роки	Вікові групи, динаміка змін			
		5-9 років	Динаміка змін 2015/2016	10-14 років	Динаміка змін 2015/2016
Міські поселення					
чоловіки	2015	36,8	1,2	27,6	1,17
чоловіки	2016	43,6		32,4	
жінки	2015	35,4	1,1	28,9	1,1
жінки	2016	36,3		31,2	
Сільські поселення					
чоловіки	2015	32,5	1,2	23,4	0,92
чоловіки	2016	39,2		21,6	
жінки	2015	31,6	1,18	18,9	1,1
жінки	2016	37,4		20,8	

У вікових групах 20-29 років рівень зверненості з приводу пневмонії у 2011 році порівняно з 2006 роком майже без змін. Підвищення рівнів зверненості з приводу пневмонії відмічається у віковій групі 30-49 років у 1,6 рази, а у віковій групі старше 50 років – навпаки, зменшення у 1,7 рази.

Третє місце у структурі звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою посідають пацієнти із хворобами органів травлення. Порівняно з 2006 роком рівень зверненості у 2011 році збільшився на 9,1% (з 491,7 до 536,4 на 1000 населення). Збільшення рівнів зверненості спостерігається за рахунок всіх основних нозологічних форм (виразкова хвороба – на 6,2%, гепатити на – на 18%, хвороби підшлункової залози – на 29%, холецистити – на 8,9%) за винятком жовчнокам'яної хвороби, з приводу якої даний показник зменшився у 3 рази (з 49,4 до 16,4 на 1000 населення).

З приводу хвороб підшлункової залози у 2011 році порівняно з 2006 роком відмічається найвище збільшення рівнів зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою у класі хвороб органів травлення (з 33,6 до 43,5 на 1000 населення). Табл.5.9.

Таблиця 5.9

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу  
хвороб підшлункової залози населення різних статевих вікових груп та  
типу поселення, 2006 та 2011 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
0-14	11,4	9,9	1,2	13,5	11,6	1,2
15-29	21,3	10,1	2,1	22,9	10,8	2,1
30-49	54,4	49,6	1,2	54,2	45,1	1,2
50-54	60,61	70,03	0,9	54,54	63,22	0,9
55-59	80,70	70,41	1,1	68,14	62,26	1,1
60-64	89,22	99,35	0,9	72,41	80,33	0,9
65 і старші	117,70	66,9	1,8	68,3	39,8	1,7
Всього	44,84	34,85	1,3	43,50	33,90	1,3
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
0-14	8,4	7,3	1,2	10,0	8,6	1,2
15-29	23,9	11,6	2,1	29,5	14,4	2,0
30-49	51,9	44,3	1,2	64,7	56,2	1,2
50-54	64,42	77,96	0,8	73,51	89,09	0,8
55-64	93,3	79,4	1,2	88,6	70,6	1,3
65 і старші	76,5	38,7	2,0	40,2	21,3	1,9
Всього	41,69	32,10	1,3	43,98	33,59	1,3

Таблиця 5.9.1

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу  
хвороб підшлункової залози населення різних статевих вікових груп та  
типу поселення, 2015 та 2016 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
0-14	4,7	5,9	1,2	4,2	4,8	1,1
15-29	16,9	18,3	1,0	15,9	13,5	0,8
30-49	23,6	24,5	1,1	21,2	24,3	1,14
50-54	42,5	46,8	1,1	40,3	43,5	1,0
55-59	56,3	61,2	1,08	55,3	58,3	1,0
60-64	72,4	79,5	1,09	67,2	71,2	1,0



65 і старші	87,9	91,2	1,0	82,3	79,2	0,9
Всього	43,47	46,7	1,07	40,9	42,1	1,0
Сільська місцевість						
Вікові групи	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
0-14	3,8	4,7	1,2	3,1	3,9	1,2
15-29	15,7	16,1	1,0	14,2	14,9	1,0
30-49	21,5	24,3	1,1	20,5	22,3	1,3
50-54	39,4	41,3	1,0	38,6	40,2	1,5
55-64	46,3	49,1	1,1	43,5	45,7	1,6
65 і старші	63,4	67,5	1,06	58,9	59,4	1,1
Всього	39,5	41,2	1,04	38,4	39,2	1,03

Найбільше збільшення рівнів звернень спостерігається у віковій групі 15-29 років та старше 65 років, як серед міського так і сільського населення. Поряд з цим відмічається зменшення зверненості до амбулаторно-поліклінічних закладів з приводу хвороб підшлункової залози населення вікової групи 50-54 років, а у містах, крім того, населення вікової групи 60-64 років.

Суттєве підвищення зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гепатитів (з 19,3 у 2006 році до 22,8 у 2011 році, на 1000 населення) відбулося за рахунок збільшення зверненості населення вікових груп 15-19 років (з 0,69 до 1,1 на 1000 відповідного населення) та старше 45 років (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гепатитів населення вікової групи старше 45 років, 2006 та 2011 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
45-49	48,54	19,84	2,4	44,97	18,83	2,4
50-54	47,11	21,48	2,2	42,40	19,41	2,2
55-59	52,07	23,20	2,2	43,97	20,44	2,2
60-64	55,91	33,34	1,7	45,38	26,94	1,7
65-69	65,82	17,76	3,7	47,82	13,13	3,6
70-74	55,42	6,46	8,6	34,57	4,17	8,3

75-79	71,27	6,61	10,8	38,51	3,33	11,6
80 і старші	66,52	5,01	13,3	25,05	1,78	14,1
Вікові групи	Сільські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
45-49	50,58	21,45	2,4	61,24	25,82	2,4
50-54	50,09	23,90	2,1	57,14	27,30	2,1
55-59	58,27	25,02	2,3	60,46	24,38	2,5
60-64	60,89	28,16	2,2	52,13	22,28	2,3
65-69	53,48	12,71	4,2	35,87	8,49	4,2
70-74	37,54	3,23	11,6	21,22	1,92	11,1
75-79	34,99	3,15	11,1	17,56	1,65	10,6
80 і старші	36,61	2,86	12,8	13,62	0,94	14,5

Таблиця 5.10.1

**Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гепатитів населення вікової групи старше 45 років, 2015 та 2016 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
45-49	35,6	32,1	0,9	33,2	31,5	0,9
50-54	37,8	34,2	0,9	36,3	34,2	0,9
55-59	41,2	36,2	0,8	34,8	31,6	0,9
60-64	43,1	33,4	0,7	39,2	34,7	0,8
65-69	47,3	25,6	0,5	41,2	37,3	0,9
70-74	53,2	37,3	0,7	43,5	41,3	0,94
75-79	61,2	59,4	0,9	49,4	42,7	0,86
80 і старші	62,3	58,1	0,93	51,2	47,5	0,92
Вікові групи	Сільські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
45-49	36,9	31,5	0,8	25,3	21,3	0,84
50-54	41,2	37,9	0,91	31,4	25,4	0,8
55-59	39,6	34,2	0,86	32,4	27,2	0,83
60-64	37,5	32,6	0,83	34,5	29,8	0,86
65-69	42,3	41,7	0,98	37,8	31,4	0,83
70-74	31,4	30,2	0,96	38,9	30,1	0,77
75-79	29,3	27,3	0,93	27,6	23,6	0,85
80 і старші	27,5	24,2	0,8	23,4	19,7	0,84

Одночасно відмічається суттєве зменшення зверненості з приводу гепатитів серед дитячого населення, молоді та вікової групи 35-39 років (з 47,5 до 21,3 на 1000 відповідного населення).

#### **5.4. Зверненість населення Рівненської області за стаціонарною допомогою**

Зверненість населення Рівненської області за стаціонарною допомогою у 2011 році порівняно з 2006 роком в загальному збільшилася не суттєво (на 3,7% (23,9 та 23,0 на 100 населення відповідно). Проте, в деяких вікових групах відмічається значне збільшення показників зверненості (рис. 5.16). Саме збільшення рівнів зверненості за стаціонарною допомогою у віковій групі старше 65 років і зумовило підвищення загального показника зверненості.

У віковій групі 0-9 років відмічається значне зменшення зверненості, особливо серед міського населення. Так, у 2006 році серед міського населення рівень зверненості становив 31,4, а у 2011 році – 21,7 на 1000 відповідного населення. Серед жителів сільських поселень даної вікової групи – 22,9 та 16,8 на 100 населення вікової групи 0-9 років відповідно). Зменшення показника зверненості в містах становить 30,7%, в сільській місцевості – 26,6%. В містах рівень зверненості населення вікової групи 0-9 років за стаціонарною допомогою перевищує відповідний показник в сільській місцевості у 1,3 рази.

Порівняно з 2006 роком у 2011 році зменшилися звернення до стаціонарів серед населення 60-64 років (на 18,7%) в основному за рахунок міського населення (в містах на 30% з 44,6 до 31,0 на 100 відповідного населення, у селах – на 6,4% з 37,3 до 34,8 на 100 відповідного населення).

У структурі звернень перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (4,1 на 100 населення), друге – хвороби органів дихання (3,8 на 100 населення), третє – вагітність та пологи (2,8 на 100 населення), четверте – хвороби органів травлення (2,4 на 100 населення), п'яте – зовнішні причини

(16,0 на 100 населення), хвороби кістково-м'язової системи (16,0 на 100 населення) та хвороби сечостатевої системи (1,6 на 100 населення). Рис. 5.17.

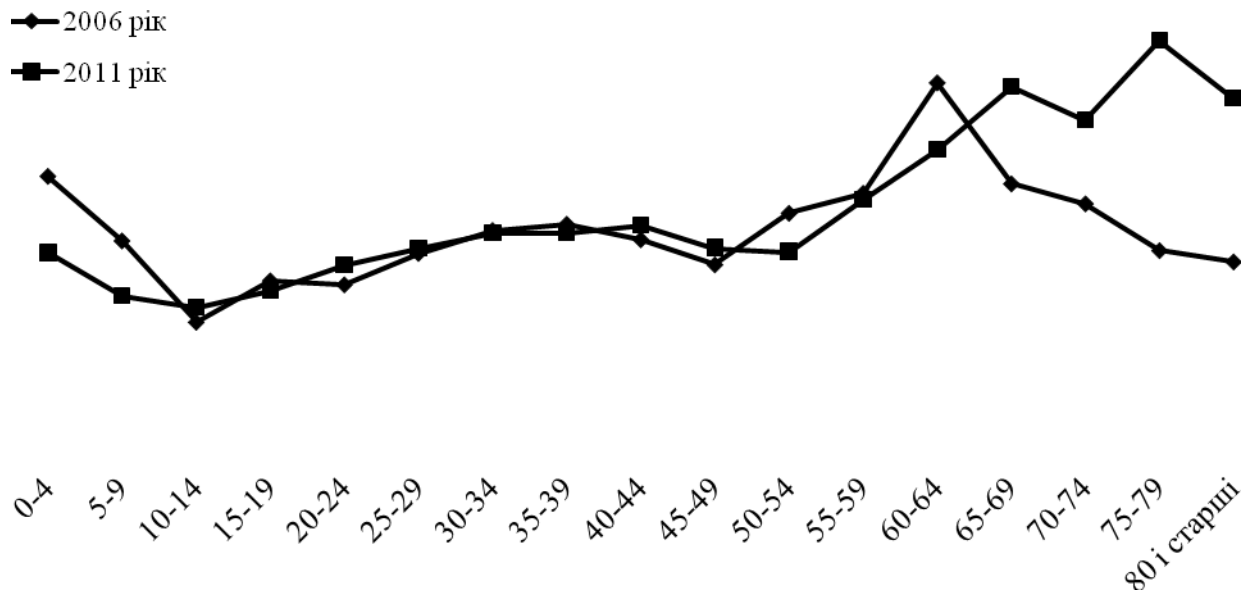


Рис. 5.16. Рівні зверненості населення різних вікових груп за стаціонарною допомогою (на 100 населення), 2006, 2011 рік

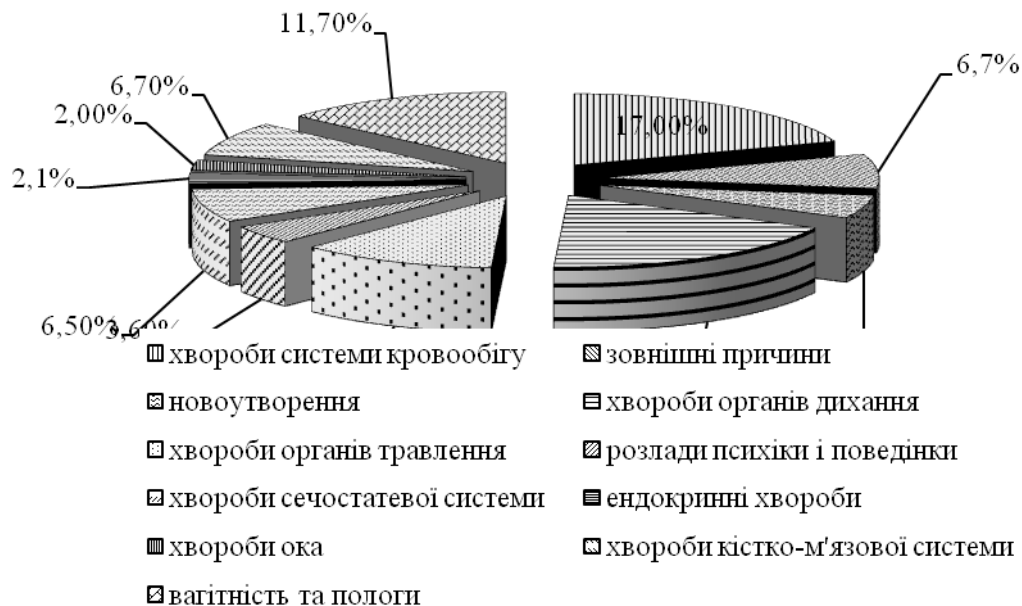


Рис. 5.17. Структура звернень за стаціонарною допомогою за класами хвороб (міські та сільські поселення, обидві статі), 2011 рік

У 2011 році у структурі звернень за стаціонарною допомогою з приводу хвороб системи кровообігу 50% (2,0 на 100 населення) займають звернення з приводу ішемічної хвороби серця. Рівні зверненості за іншими основними нозологічними формами класу хвороб системи кровообігу упродовж 2006-2011 років відносно стали. Їх питома вага у структурі зверненості у класі хвороби системи кровообігу така: стенокардія (21%), цереброваскулярні розлади (18,7%), гіпертонічна хвороба (11,8%), інсульты (5,7%), ревматичні хвороби (2,8%), інфаркти (близько 2%). Рис.5.18.

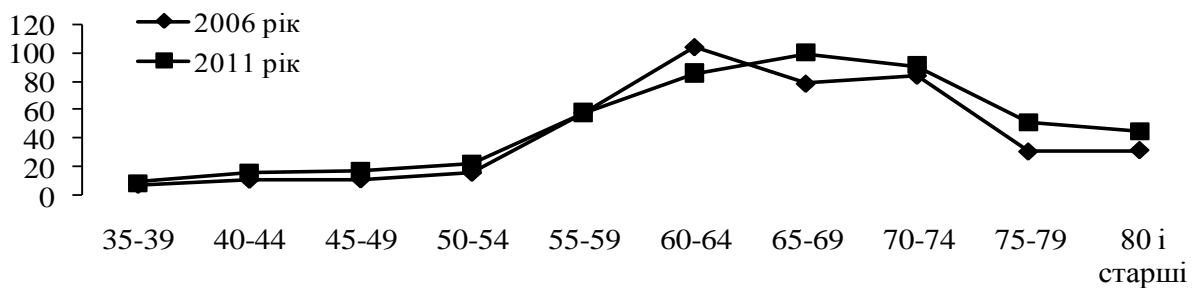


Рис. 5.18. Рівні зверненості населення різних вікових груп за стаціонарною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця (на 100 населення), 2006, 2011 рік

Порівняно з 2006 роком у 2011 році збільшення рівня зверненості населення за стаціонарною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця становить 14% (з 1,8 до 2,0 на 100 населення). Підвищення рівня зверненості відбулося за рахунок збільшення звернень населення вікової групи 35-54 років на 45,9% (з 1,1 до 1,6 на 100 відповідного населення) та старше 65 років на 22,2% (з 6,1 до 7,4 на 100 відповідного населення). У віковій групі 60-64 роки навпаки відмічається зменшення рівня зверненості з приводу ішемічної хвороби серця (із 10,4 до 8,6 на 100 відповідного населення).

Зверненість населення за стаціонарною допомогою з приводу хвороб органів дихання у 2011 році порівняно з 2006 роком збільшилася на 23% (з 3,1 до 3,8 на 100 населення). Проте, різниця змін у окремих вікових групах між 2006 та 2011 роками сягає значно більших коливань. Крім того, у віковій групі 0-29 років рівні зверненості за стаціонарною допомогою зменшилися, а у віковій групі старше 30 років – навпаки збільшилися, як в містах так і в сільських поселеннях (табл. 5.11).

Загальний показник зверненості населення за стаціонарною допомогою з приводу хвороб органів травлення у 2011 році порівняно з 2006 роком без змін. На тлі відсутності змін загальних показників рівнів зверненості населення з приводу основних нозологічних форм захворювань класу хвороби органів травлення у 2011 році порівняно з 2006 роком, відмічається підвищення рівнів зверненості з приводу таких хвороб: підшлункової залози у віковій групі старше 70 років 2 рази (з 0,2 до 0,4 на 100 відповідного населення), гепатити у віковій групі 65-69 років у 1,3 рази (з 0,3 до 0,4 на 100 відповідного населення), виразкові хвороби у віковій групі 70-79 років у 1,5 рази (з 0,2 до 0,3 на 100 відповідного населення). Одночасно відмічається зниження рівнів зверненості з приводу таких хвороб: холецистити у віковій групі 60-64 років у 1,5 рази (з 0,9 до 0,6 на 100 відповідного населення), гепатити у віковій групі 0-14 років з 0,1 до 0,004 на 100 відповідного населення, виразкову хворобу у вікових групах 20-29 років у 2 рази (з 0,2 до 0,1 на 100 відповідного населення), 35-39 років у 1,3 рази (з 0,4 до 0,3 на 100 відповідного населення), 60-64 роки у 2,7 рази (з 0,8 до 0,3 на 1000 відповідного населення).

#### **5.5. Зверненість населення Рівненської області за стаціонарно-замінною допомогою**

У структурі зверненості за стаціонарно-замінною допомогою населення Рівненської області основне місце займають хвороби системи кровообігу.

Рівень зверненості з приводу захворювань даного класу хвороб становить 25,6 на 1000 населення.

Таблиця 5.11

**Рівні госпіталізації населення різних вікових груп за статтю та типом поселення з приводу хвороб органів дихання (на 1000 населення), 2006, 2011 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
0-4	94,82	145,29	0,7	113,52	172,67	0,7
5-9	42,10	63,92	0,7	50,12	75,32	0,7
10-14	23,27	61,70	0,4	27,45	71,99	0,4
15-19	14,77	38,34	0,4	15,99	41,85	0,4
20-24	18,07	27,25	0,7	19,99	28,59	0,7
25-29	18,16	33,64	0,5	18,75	35,16	0,5
30-34	22,60	12,99	1,7	23,99	14,11	1,7
35-39	26,64	13,15	2,0	28,00	13,00	2,2
40-44	34,16	10,88	3,1	32,50	10,43	3,1
45-49	32,27	9,52	3,4	29,95	9,02	3,3
50-54	34,44	10,03	3,4	30,96	9,02	3,4
55-59	44,12	10,48	4,2	37,32	9,26	4,0
60-64	64,19	15,99	4,0	52,09	12,84	4,1
65-69	93,50	12,50	7,5	68,19	9,24	7,4
70-74	104,79	15,20	6,9	65,10	9,88	6,6
75-79	150,74	10,06	15,0	81,87	5,47	15,0
80 і старші	136,02	5,47	24,9	51,35	2,07	24,8
Загальний показник	39,14	32,01	1,2	37,99	31,13	1,2
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	Коефіцієнт збільшення	2011	2006	Коефіцієнт збільшення
0-4	74,90	111,50	0,7	89,17	132,82	0,7
5-9	31,64	43,61	0,7	37,95	51,34	0,7
10-14	16,10	47,03	0,3	18,90	54,68	0,3
15-19	14,50	42,66	0,3	18,13	54,30	0,3
20-24	19,95	36,45	0,5	25,23	43,66	0,6
25-29	23,44	33,36	0,7	27,93	41,62	0,7
30-34	22,39	12,02	1,9	27,52	15,09	1,8
35-39	24,15	11,45	2,1	30,21	15,41	2,0
40-44	29,96	11,15	2,7	39,12	14,15	2,8
45-49	33,70	10,28	3,3	40,73	12,33	3,3
50-54	36,60	11,13	3,3	41,77	12,75	3,3
55-59	49,46	11,29	4,4	51,27	11,01	4,7
60-64	69,88	13,44	5,2	59,81	10,70	5,6
65-69	76,11	8,97	8,5	51,01	6,00	8,5
70-74	70,84	7,51	9,4	40,14	4,50	8,9

75-79	74,29	5,12	14,5	37,29	2,62	14,2
80 і старші	75,13	3,10	24,2	27,93	1,08	25,9
Загальний показник	36,41	29,48	1,2	38,40	30,84	1,2

Таблиця 5.11.1

**Рівні госпіталізації населення різних вікових груп за статтю та типом поселення з приводу хвороб органів дихання (на 1000 населення), 2015, 2016 роки**

Вікові групи	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2015	2016	Коефіцієнт збільшення
0-4	96,52	112,3	0,8	87,3	103,2	0,8
5-9	48,4	54,3	0,89	48,3	82,3	0,58
10-14	26,3	35,4	0,7	37,3	46,3	0,8
15-19	14,3	18,9	0,75	18,4	21,6	0,85
20-24	12,5	16,3	0,76	16,2	18,3	0,88
25-29	11,6	13,5	0,85	13,5	16,3	0,82
30-34	10,5	12,9	0,8	12,6	14,11	0,89
35-39	9,6	10,7	0,8	17,3	18,2	0,95
40-44	15,4	17,6	0,8	15,3	19,2	0,79
45-49	16,8	17,2	0,9	23,5	18,3	1,2
50-54	23,6	24,1	0,9	30,96	35,4	0,8
55-59	31,3	34,5	0,9	36,5	31,6	1,1
60-64	48,9	49,5	0,9	42,09	39,2	1,0
65-69	53,50	54,3	0,9	58,19	52,3	1,1
70-74	67,9	71,2	0,9	61,3	59,8	1,0
75-79	105,3	107,2	0,9	59,5	61,4	0,96
80 і старші	67,8	53,4	1,2	34,2	24,6	1,39
Загальний показник	34,4	36,8	0,93	33,5	36,7	0,91
Вікові групи	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2015	2016	Коефіцієнт збільшення	2011	2016	Коефіцієнт збільшення
0-4	56,2	54,3	1,0	61,2	64,7	0,9
5-9	34,2	31,6	1,1	43,5	45,3	0,96
10-14	21,3	22,5	0,9	24,6	31,2	0,78
15-19	18,2	17,3	1,1	18,6	21,4	0,8
20-24	11,2	12,3	0,9	19,4	17,6	1,1
25-29	9,2	8,7	1,0	18,7	19,3	0,96
30-34	7,8	6,9	1,1	13,2	15,4	0,85
35-39	5,3	4,8	1,1	14,6	12,8	1,1
40-44	7,9	8,2	0,9	9,3	11,5	0,8
45-49	8,1	8,9	0,9	11,4	13,4	0,8



50-54	12,5	13,4	0,9	14,6	17,2	0,8
55-59	18,9	20,1	0,9	17,3	18,6	0,9
60-64	24,6	27,8	0,8	21,7	22,5	0,96
65-69	31,2	32,4	0,9	28,4	29,3	0,96
70-74	21,5	18,9	1,1	23,6	21,4	1,1
75-79	16,5	13,4	1,2	21,4	24,7	0,86
80 і старші	27,8	31,2	0,9	24,5	18,3	1,3
Загальний показник	23,8	25,7	0,9	22,7	23,8	0,9

Відносно однакові показники зверненості з розрахунку на 1000 населення з приводу хвороб органів дихання (6,9) та травлення (6,8), нервової (8,1) та кістковом'язової систем (6,3), ендокринних захворювань (7,4), дещо нижчі – з приводу хвороб сечо-статевої системи (4,4), в межах 1 на 1000 населення – з приводу новоутворень, розладів психіки і поведінки, зовнішніх причин, хвороб ока. Рис. 5.19.

Порівняно з 2006 роком загальний рівень зверненості населення за стаціонарно-замінною допомогою підвищився на 12,9% (з 73,5 до 83 на 1000 населення) за рахунок незначного рівномірного підвищення зверненості за всіма класами хвороб.

З приводу ішемічної хвороби серця рівень зверненості за стаціонарно-замінною допомогою найвища серед основних нозологічних форм класу хвороби системи кровообігу – 11,9 на 1000 населення. Загальний показник зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця у 2011 році порівняно з 2006 роком майже без змін (11,9 та 11,2 на 1000 населення відповідно). Проте, у деяких вікових групах населення відмічається суттєва різниця між цими показниками. Найбільша різниця встановлена у віковій групі 20-24 роки – у 3,4 рази (2006 рік – 0,19, 2011 рік – 0,64 на 1000 відповідного населення). У вікових групах 25-34 роки спостерігається збільшення рівня у 1,5 рази (2006 рік – 0,89, 2011 рік – 1,32 на 1000 відповідного населення). Порівняно з 2006 роком у 2011 році значно зменшився рівень зверненості за стаціонарно-допоміжною допомогою серед населення вікової групи 40-49 років (у 1,5 рази), з 9,3 до 6,2 на 1000 відповідного населення.

Слід також відмітити суттєву різницю у показниках зверненості у різних вікових групах за типом поселення, що представлено у табл. 5.12.

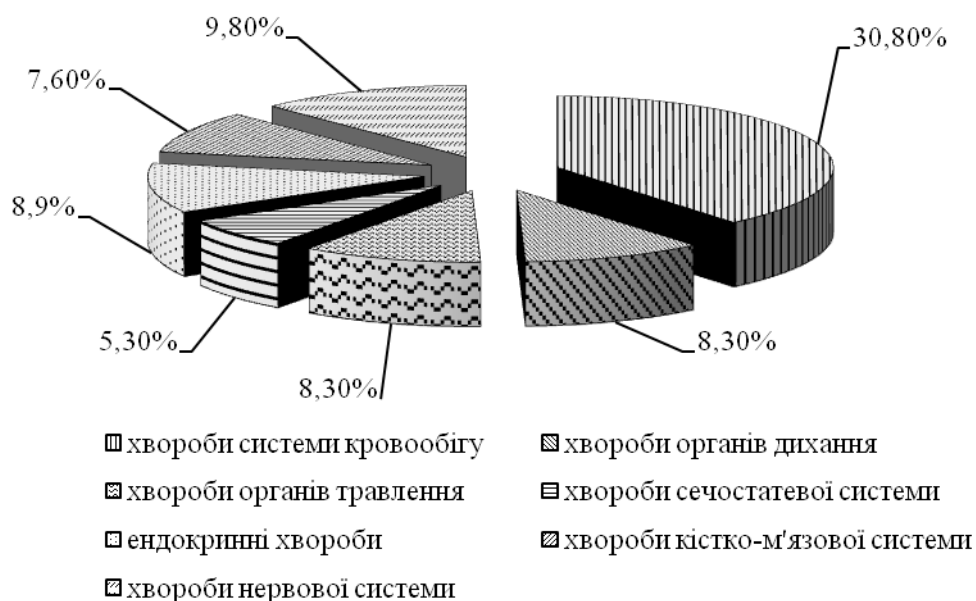


Рис. 5.19. Структура звернень за стаціонарно-замінною допомогою за класами хвороб (міські та сільські поселення, обидві статі), 2016 рік

Таблиця 5.12

**Рівні зверненості населення різних вікових груп за статтю та типом поселення з приводу ішемічної хвороби серця (на 1000 населення), 2011 рік**

Вікові групи	чоловіки			жінки		
	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська місцевість
20-24	0,54	0,63	0,9	0,64	0,75	0,9
25-29	0,99	1,28	0,8	1,02	1,50	0,7
30-34	1,38	1,35	1,0	1,49	1,67	0,9
35-39	2,63	2,42	1,1	2,85	2,99	1,0
40-44	5,95	5,21	1,1	5,64	6,82	0,8
45-49	6,21	6,44	1,0	5,76	7,83	0,7
50-54	16,49	17,50	0,9	14,81	20,00	0,7
55-59	24,94	27,96	0,9	21,13	28,98	0,7
60-64	48,66	53,04	0,9	39,56	45,38	0,9
65-69	68,01	55,24	1,2	49,43	37,12	1,3
70-74	86,44	58,37	1,5	53,68	33,13	1,6

75-79	126,14	61,95	2,0	68,22	31,16	2,2
80 і старші	112,11	61,98	1,8	42,33	23,04	1,8
Всього	12,26	11,40	1,1	11,90	12,03	0,99

Таблиця 5.12.1

**Рівні зверненості населення різних вікових груп за статтю та типом поселення з приводу ішемічної хвороби серця (на 1000 населення), 2016 рік**

Вікові групи	чоловіки			жінки		
	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська місцевість
20-24	0,64	0,58	0,9	0,53	0,35	1,5
25-29	1,2	0,98	0,8	0,9	0,72	1,25
30-34	1,4	1,21	1,0	1,12	0,97	1,15
35-39	2,98	1,97	1,1	2,12	2,11	0,1
40-44	6,95	5,34	1,1	5,61	4,98	1,12
45-49	6,84	6,25	1,0	5,86	5,16	1,13
50-54	14,32	13,5	0,9	14,32	12,3	1,16
55-59	24,94	21,6	0,9	21,13	20,5	1,0
60-64	49,23	47,4	0,9	40,12	39,2	1,37
65-69	69,3	56,3	1,2	49,14	41,2	1,19
70-74	78,44	63,7	1,5	53,71	51,6	1,0
75-79	112,4	92,4	2,0	72,1	62,1	1,16
80 і старші	98,5	71,98	1,8	41,23	39,74	1,0
Всього	11,6	10,32	1,1	10,4	8,92	1,16

Відмічається суттєва різниця щодо рівня зверненості за стаціонарно-замінною допомогою між міським та сільським населенням у вікових групах старше 65 років (серед чоловіків перевищення становить у 1,5 рази, 90,8 та 58,9 на 1000 відповідного населення, серед жінок – у 1,7 рази, 52,6 та 31 на 1000 відповідного населення). Аналогічна ситуація спостерігалася і у 2006 році – рівень госпіталізації чоловіків міських поселень вікової групи старше 65 років становив 81,3, а сільської місцевості 47,1 на 1000 відповідного населення. Серед жінок відповідні показники були такі: 48,3 та 25,9.

Рівень зверненості населення за стаціонарно-замінною формою надання медичної допомоги з приводу хвороб нервової системи упродовж 2006-2011 років відносно сталий (2006 рік – 7,8 , 2008 рік – 7,9, 2011 рік – 8,0 на 1000 населення). У структурі наданої медичної допомоги за стаціонарно-замінною формою пацієнти з хворобами нервової системи посідають друге місце. Слід зазначити, що загальні показники рівнів надання стаціонарно-замінної форми відрізняються за типом поселення у статевому аспекті. За загальним показником чоловікам міських поселень стаціонарно-замінна допомога надається на 7,7% більше ніж чоловікам сільської місцевості (8,3 та 7,7 на 1000 населення відповідно). Загальні показники рівнів надання стаціонарно-замінної допомоги жінкам за типом поселення не відрізняються (міське населення – 8,0, сільська місцевість – 8,1 на 1000 населення). Проте, у деяких вікових групах різниця рівнів надання стаціонарно-замінної форми суттєва (табл. 5.13). Це стосується дитячого населення та старших вікових груп

Рівень зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу ендокринних хвороб у 2011 році порівняно з 2006 роком збільшився на 6,7% (6,91 та 7,37 на 1000 населення відповідно). Суттєва варіабельність змін у показниках встановлена у таких вікових групах населення: підвищення у віковій групі 0-4 років у 1,8 рази (з 0,06 до 0,11 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 15-19 років у 1,5 рази (з 1,51 до 2,23 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 25-29 років у 1,2 рази (з 3,53 до 4,19 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 75-79 років у 2,2 рази (з 4,98 до 11,2 на 1000 відповідного населення); зменшення у 1,2 рази у віковій групі 50-54 років (з 13,09 до 11,3 на 1000 відповідного населення).

Таблиця 5.13

**Рівні надання стаціонарно-замінної допомоги чоловікам  
різних типів поселення (на 1000 населення), 2011 рік**

Вікові групи	чоловіки			жінки		
	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська

			місцевість			місцевість
0-4	2,5	2,0	1,3	3,0	2,4	1,3
5-9	2,3	1,7	1,4	2,7	2,1	1,3
10-14	1,9	1,3	1,5	2,2	1,5	1,5
15-19	1,6	1,6	1,0	1,7	1,9	0,9
20-24	4,2	4,6	0,9	4,6	5,8	0,8
25-29	5,8	7,5	0,8	6,0	9,0	0,7
30-34	7,2	7,1	1,0	7,6	8,8	0,9
35-39	10,9	9,9	1,1	11,5	12,4	0,9
40-44	12,6	11,1	1,1	12,0	14,5	0,8
45-49	11,9	12,4	1,0	11,0	15,1	0,7
50-54	13,2	14,0	0,9	11,9	15,9	0,7
55-59	16,4	18,3	0,9	13,9	19,0	0,7
60-64	7,3	8,1	0,9	6,1	6,9	0,9
65-69	19,5	15,8	1,2	14,2	10,7	1,3
70-74	19,3	12,9	1,5	11,9	7,4	1,6
75-79	26,5	12,9	2,1	14,3	6,5	2,2
> 80	20,9	11,6	1,8	7,9	4,3	1,8
Всього	8,3	7,7	1,1	8,0	8,1	1,0

Таблиця 5.13.1

**Рівні надання стаціонарно-замінної допомоги чоловікам  
різних типів поселення (на 1000 населення), 2016 рік**

Вікові групи	чоловіки			жінки		
	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	міські поселення / сільська місцевість
0-4	2,7	2,0	1,3	3,0	2,4	1,3
5-9	2,5	1,7	1,4	2,7	2,1	1,3
10-14	2,1	1,3	1,5	2,2	1,5	1,5
15-19	1,7	1,6	1,0	1,7	1,9	0,9
20-24	4,1	4,6	0,9	4,6	5,8	0,8
25-29	5,8	7,5	0,8	6,0	9,0	0,7
30-34	7,2	7,1	1,0	7,6	8,8	0,9
35-39	10,9	9,9	1,1	11,5	12,4	0,9
40-44	12,6	11,1	1,1	12,0	14,5	0,8

45-49	11,9	12,4	1,0	11,0	15,1	0,7
50-54	13,2	14,0	0,9	11,9	15,9	0,7
55-59	16,4	18,3	0,9	13,9	19,0	0,7
60-64	7,3	8,1	0,9	6,1	6,9	0,9
65-69	19,5	15,8	1,2	14,2	10,7	1,3
70-74	19,3	12,9	1,5	11,9	7,4	1,6
75-79	26,5	12,9	2,1	14,3	6,5	2,2
> 80	20,9	11,6	1,8	7,9	4,3	1,8
Всього	8,3	7,7	1,1	8,0	8,1	1,0

Рівень зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу хвороб органів дихання у 2011 році порівняно з 2006 роком збільшився на 7,8% (6,87 та 6,37 на 1000 населення відповідно). Рис. 5.20.

Аналіз показників госпіталізації з приводу хвороб органів дихання у різних вікових групах населення свідчить про суттєву варіабельність рівнів госпіталізації – підвищення у віковій групі 15-19 років на 17,2% (з 5,45 до 6,39 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 45-49 років на 20,8% (з 6,25 до 7,55 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 65-79 років на 55,6% (з 6,3 до 9,8 на 1000 відповідного населення); та зменшення – у віковій групі 50-54 років на 14,7% (з 8,89 до 7,58 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 60-64 років на 11% (з 7,3 до 6,49 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 80 років і старші на 53,2% (з 2,82 до 1,32 на 1000 відповідного населення).

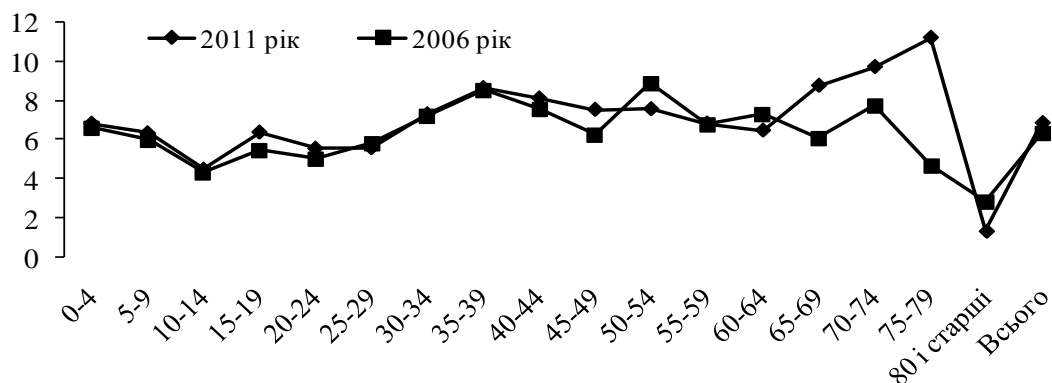


Рис. 5.20. Рівні зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу хвороб органів дихання (на 1000 населення), 2006 та 2011 роки.

Рівень госпіталізації з приводу пневмоній у 2011 році порівняно з 2006 роком збільшився на 22,9% (2006 рік - 0,96, 2011 рік – 1,18 на 1000 населення). Рис.5.21.

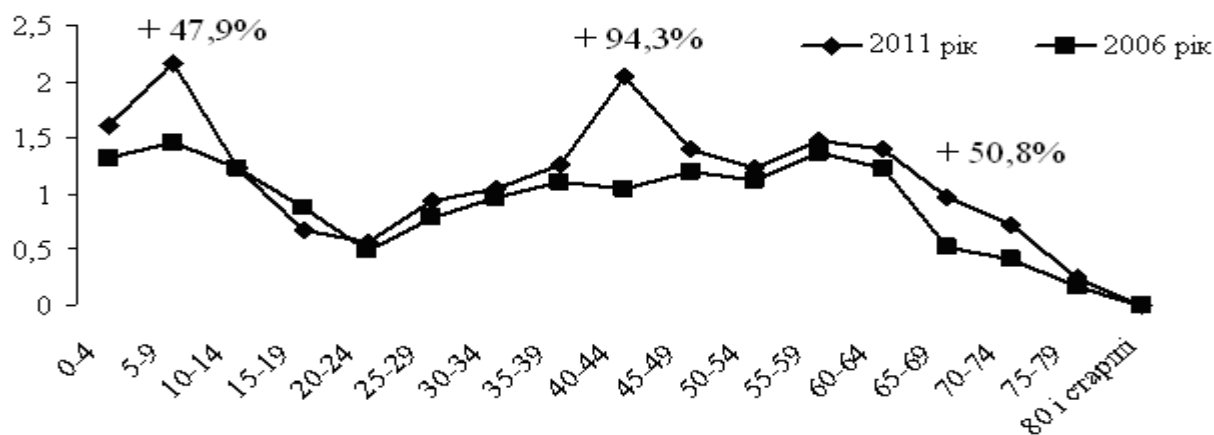


Рис. 5.21. Рівні зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу пневмонії (на 1000 населення), 2006 та 2011 роки.

Найбільш високе підвищення рівнів госпіталізації у 2011 році порівняно з 2006 встановлено у віковій групі 5-9 років – у 1,5 рази (збільшення з 1,46 до 2,16 на 1000 відповідного населення), у віковій групі 40-44 років – у 1,9 рази (збільшення з 1,05 до 2,04 на 1000 відповідного населення) та у віковій групі

65-79 років – у 1,5 рази (збільшення з 0,59 до 0,89 на 1000 відповідного населення).

Загальний рівень зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу хвороб органів травлення у 2011 році порівняно з 2006 роком збільшився на 6,5% (6,76 та 6,35 на 1000 населення відповідно). Проте, рівень надання стаціонарно-замінної допомоги з приводу гепатитів збільшився за цей період у 1,4 рази (з 0,74 до 1,03 на 1000 населення), а з приводу холециститів у 1,3 рази (з 0,83 до 1,08 на 1000 населення) за рахунок як міського так і сільського населення. За цими нозологічними формами спостерігається збільшення рівнів зверненості як серед чоловіків, так і серед жінок вікової групи старше 35 років, а з приводу холециститів ще й у віковій групі 5-9 років. Рис. 5.22.

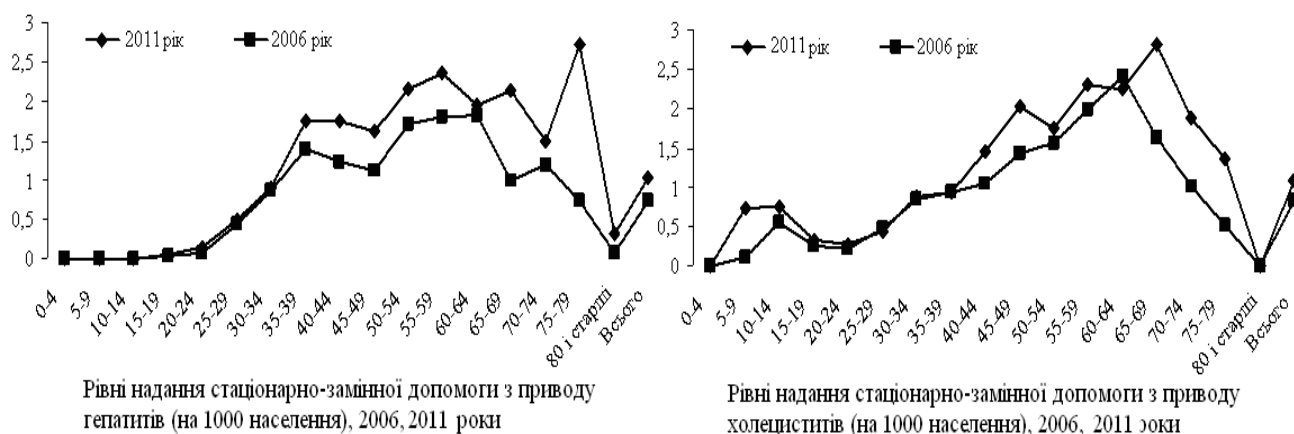


Рис. 5.22. Рівні надання стаціонарно-замінної допомоги населенню різного віку з приводу гепатитів та холециститів (на 1000 населення), 2006 та 2011 роки

## 5.6. Результати соціологічного дослідження серед населення

Як відомо, рівень організації надання медичної допомоги в більшій мірі визначається оптимізмом населення в оцінці свого стану здоров'я [3], при цьому саме самооцінка в певній мірі характеризує потреби населення в медичній допомозі. Майже дві третини опитаних (62%) вказали, що оцінюють свій стан здоров'я як задовільний, при цьому 20% респондентів відзначили, що мають добрий стан здоров'я. При цьому майже однакові



оцінки щодо стану власного здоров'я дали представники обох статей. Майже 40% опитаних у вікових групах до 25 років та 25–35 років визначають свій стан здоров'я як добрий порівняно з лише 8% у вікових групах 45–55 років і старших за 55 років. У віковій групі старших за 55 років частка осіб, що відзначили свій стан здоров'я як поганий сягала 27% порівняно з 1–5% у вікових групах до 25, 25–35 і 35–45 років ( $P \leq 0,05$ ).

Свій стан здоров'я як добрий визначили 26% у групі з рівнем доходу на рівні прожиткового мінімуму та 20% опитаних із рівнем доходу вище прожиткового проти 14% опитаних у групі з рівнем доходу нижче прожиткового. Так само, у групі з рівнем доходу нижче прожиткового, 12% опитаних вказали, що мають поганий стан здоров'я проти 7% у групі з рівнем доходу на рівні прожиткового та 5% у групі з рівнем доходу вище прожиткового мінімуму.

Оцінка власного стану здоров'я "як добрий" міськими і сільськими жителями майже не відрізняється (відповідно 19% і 22%), разом з тим, жителі села майже вдвічі частіше визначали свій стан здоров'я "як поганий" (12% проти 6%) ( $P \leq 0,05$ ).

83% респондентів зазначили, що вони піклуються про стан свого здоров'я. Проте, про виконання конкретних заходів, що пов'язані з піклуванням про своє здоров'я, зазначили набагато менше учасників. Так, за даними опитування одним із найбільш розповсюджених заходів є проходження регулярного медичного обстеження, про яке вказали 56% респондентів. Окрім цього, 46% опитаних стверджували, що виконують усі рекомендації лікарів, 36% відмовилися від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю тощо). Однак лише 27% опитаних вказали на те, що вони раціонально харчуються, і тільки 9% регулярно займаються фізкультурою і спортом.

Усім учасникам опитування було запропоновано відповісти на ряд запитань, які стосуються якості надання різних видів медичної допомоги. Результатами опитування встановлено, що на думку респондентів, якість

надання первинної медичної допомоги залежить від рівня кваліфікації медичних фахівців, наявності постійно лікуючого лікаря та взаємопорозуміння з ним, поважного ставлення та збереження конфіденційності особистої інформації. Такі параметри як можливість вибору закладу охорони здоров'я, зручність проїзду та нетривалий час очікування, за думкою опитаних, найменше впливають на рівень якості надання первинної медичної допомоги (рис. 5.23).

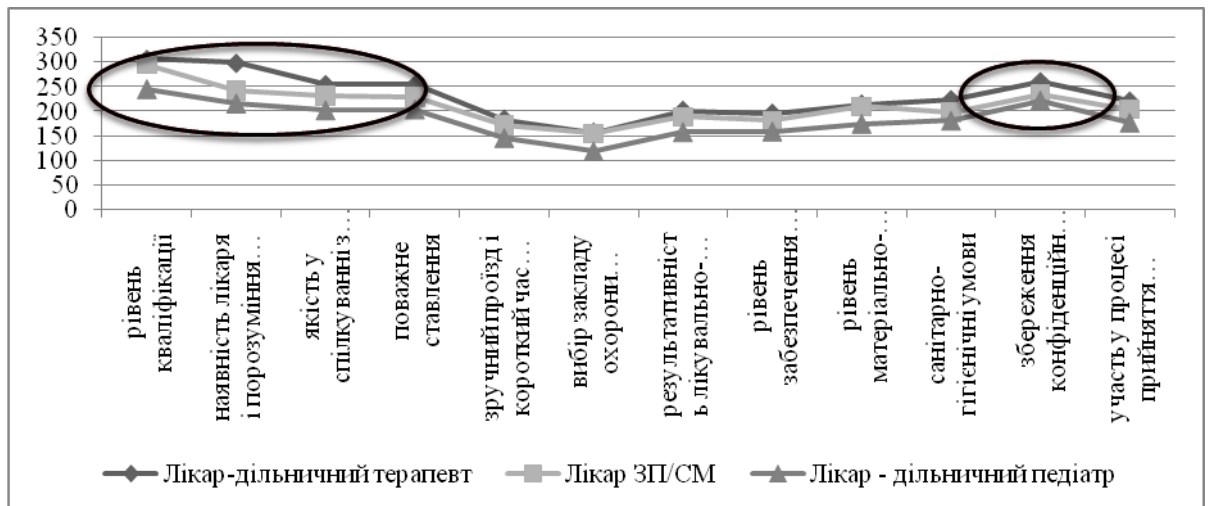


Рис.5.23. Важливість окремих параметрів для забезпечення якості первинної медичної допомоги

Для спеціалізованих медичних служб та закладів параметри, які визначають якість надання медичної допомоги, за думкою учасників опитування дещо відрізняються (рис.5.24). За даними опитування, якість медичної допомоги в стаціонарі найперше залежить від рівня забезпечення лікарськими засобами, рівня матеріально-технічного забезпечення закладів, санітарно-гігієнічних умов, рівня кваліфікації медичних кадрів та збереження конфіденційності особистої інформації. При цьому, зручність проїзду та тривалість часу очікування на отримання медичної допомоги на їх думку найменше впливають на якість стаціонарної медичної допомоги.

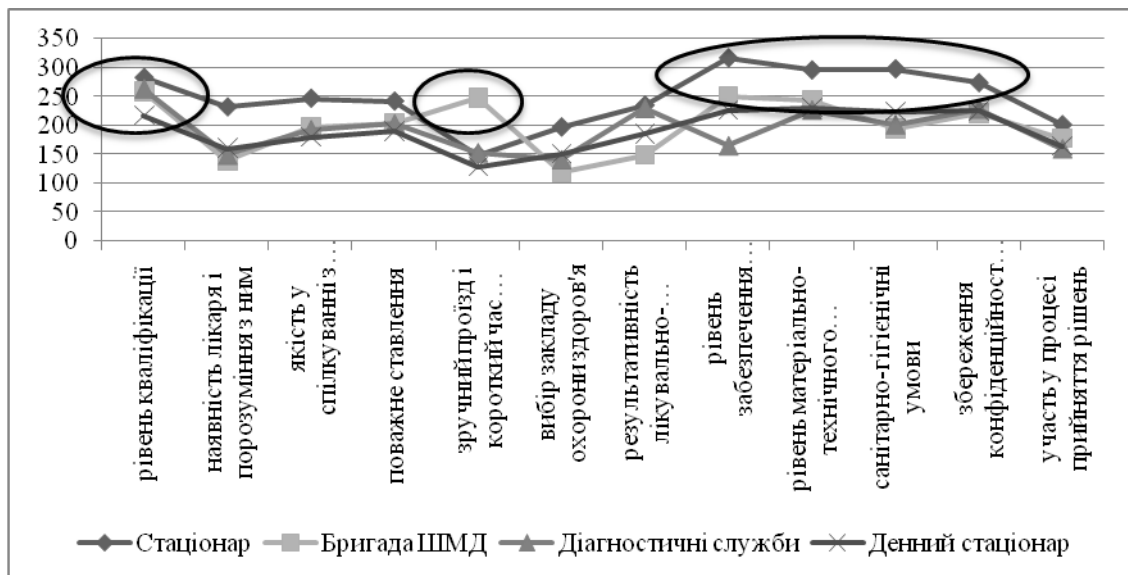


Рис.5.24. Важливість окремих параметрів для забезпечення якості медичної допомоги (спеціалізовані служби та заклади охорони здоров'я)

Якість медичної допомоги, що надається бригадами швидкої медичної допомоги за результатами опитування залежить від зручності проїзду та часу очікування на отримання медичної допомоги, від рівня забезпечення лікарськими засобами та матеріально-технічного оснащення, а також кваліфікації медичних працівників.

Для діагностичних служб, на думку респондентів, найважливішими параметрами є рівень кваліфікації працівників, результативність лікувально-діагностичних заходів та рівень матеріально-технічного забезпечення. Найменш важливими параметрами для такої служби опитані визначили порозуміння з лікарем, зручність доїзду та вибір закладу, а також забезпечення лікарськими засобами.

Для денних стаціонарів найбільш важливими для забезпечення якості є такі параметри, як рівень кваліфікації, рівень забезпечення лікарськими засобами і матеріально-технічна база, санітарно-гігієнічні умови та збереження конфіденційності інформації.

Таким чином, на думку респондентів, рівень кваліфікації персоналу та збереження конфіденційності особистої інформації є одними ж

найважливіших параметрів, які впливають на якість надання медичної допомоги незалежно від її рівня.

Наявність лікаря та рівень взаєморозуміння з ним, якість спілкування з медичним персоналом та поважне ставлення, на думку опитаних, є найбільш важливими для первинної ланки.

Зручність проїзду та короткий час очікування як параметр якості був відмічений респондентами як найбільш важливий для екстреної медичної допомоги.

Можливість вибору закладу охорони здоров'я має лише відносне значення і є важливим з точки зору якості для стаціонарної медичної допомоги. Рівень забезпечення лікарськими засобами є визначальним параметром якості для стаціонарної та екстреної медичної допомоги.

Рівень матеріально-технічного забезпечення впливає на якість надання медичної допомоги у стаціонарі, у діагностичних службах та службами екстреної медичної допомоги. Забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов має значення для забезпечення якості допомоги у стаціонарах.

Аналіз думок учасників щодо існуючих проблем та недоліків системи охорони здоров'я дав наступні результати: найбільше нарікань отримали проблема високої вартості лікарських засобів (відмітили майже 72% учасники опитування) та недостатності оснащення закладів охорони здоров'я (на думку 70,8% респондентів).

Наростання платності допомоги також відмічено як одна з основних проблем надання медичної допомоги (41,2% респондентів).

За даними опитування, найчастіше протягом останніх 12 місяців респонденти зверталися за амбулаторно-поліклінічною допомогою (70%), стаціонарною – 14%, екстреною медичною допомогою – 6%

Серед причин звернення за медичною допомогою, найбільш популярною відповіддю серед учасників були профілактичні огляди (43,2%), хронічні (41,4%) та гострі (37,7%) захворювання. Цікаво відмітити, що для отримання рецепту зверталися до лікаря лише 8,3% респондентів. Найчастіше

респонденти зверталися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців до лікаря-спеціаліста (68% респондентів), у т.ч. до акушер-гінеколога (35%), стоматолога (28%), невролог (23%), кардіолога (21%), отоларинголога (15%). При цьому до лікаря первинної ланки зверталися майже удвічі менше респондентів (38%). За медичною допомогою до лікарів стаціонару звернулися 21% респондентів, лікаря швидкої медичної допомоги – менше ніж 7% респондентів.

Основними причинами госпіталізації в стаціонар серед тих, респондентів, що в ньому лікувалися, 57% зазначили причину госпіталізації – загострення хронічного захворювання, 36% – з приводу гострого захворювання, 5% – нещасного випадку або травми. За частотою госпіталізації – 61% респондентів відзначили, що це була одна госпіталізація протягом останніх 12 місяців, 32% – дві госпіталізації, 7% опитаних госпіталізувалися до цілодобового стаціонару 3–4 рази. При цьому середня тривалість перебування на лікуванні у стаціонарі становила 12 днів. 29% респондентів вказали, що госпіталізація була пов'язана необхідністю проведення оперативного втручання.

19% респондентів вказали про те, що вони лікувалися у денному стаціонарі протягом останніх 12 місяців. Найбільш поширеною причиною лікування у було проходження лікувально-діагностичних заходів при гострих захворюваннях або загостреннях хронічних хвороб (72%), понад 10% доліковувалися у післяопераційному періоді.

До лікаря первинної ланки упродовж останніх 12 місяців взагалі не зверталася третина опитаних, 26% – один раз, 33% – 2–4 рази, 10% понад 4 рази. При цьому 44% респондентів зверталися з приводу гострого захворювання, 33% – з метою профілактичного огляду/ диспансеризації.

До лікаря-стоматолога 52% респондентів зверталися щорічно або двічі на рік для профілактичного огляду. Ще 6% вказали, що також звертаються за профілактичною стоматологічною допомогою регулярно, але роблять це раз на 2 роки або рідше. 29%) респондентів зверталися за стоматологічною

допомогою лише за наявності болю або інших проблем. 13% ніколи або майже ніколи не зверталися за такою допомогою.

### **Висновки за розділом**

1. Зверненість населення за швидкою медичною допомогою упродовж п'яти років зменшилася в основному за рахунок викликів до сільського населення. Рівні зверненості чоловіків за швидкою медичною допомогою у сільській місцевості у 2,5 рази нижчі ніж у містах, жінок – у 2,5 рази.

2. Рівні зверненості за швидкою медичною допомогою найвищі серед населення вікової групи 65-69 років. Порівняно з 2006 роком зверненість за швидкою медичною допомогою населення цієї вікової групи з приводу хвороб системи кровообігу збільшилася на 30%, з приводу хвороб органів дихання на 28,7%, хвороб органів травлення на 27,6%.

3. На тлі зменшення зверненості населення сільської місцевості за швидкою медичною допомогою (на 5,1%) серед жінок вікової групи 65-69 років, які проживають у селах відмічається підвищення у 1,4 рази рівнів викликів швидкої медичної допомоги з приводу інсультів, ішемічної хвороби серця та стенокардії, цереброваскулярних розладів, а серед чоловіків ще й з приводу гіпертонічної хвороби. У містах відмічається підвищення рівнів викликів з приводу цих захворювань у цій віковій групі у 1,2 рази.

4. Значне збільшення викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу починаючи з 2008 року відмічається серед населення вікової групи 30-34 років, перевищення становить більше ніж у 50 разів, проте рівні зверненості за основними нозологічними формами класу хвороби системи кровообігу упродовж 2006-2011 років серед населення вікової групи 30-34 років без суттєвого збільшення.

5. Вікові особливості зверненості за швидкою медичною допомогою з приводу хвороб органів дихання характеризуються високими їх рівнями у віковій групі 0-9 років з поступовим зменшенням рівня у вікових групах населення 20-34 років, а потім – підвищенням з максимальними рівнями у

більш старших вікових групах, що пов'язано з віковими особливостями захворюваності на хвороби органів дихання (переважання у дитячому віці гострих респіраторних вірусних інфекцій, а у старшому віці – хронічних захворювань органів дихання).

У структурі причин викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб органів травлення перше місце посідає виразкова хвороба (35,9%), друге – хвороби підшлункової залози (15,7%). Порівняно з 2006 роком спостерігається підвищення рівнів викликів швидкої медичної допомоги з приводу цих захворювань до населення вікової групи 40-49.

6. Зміни зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою характеризуються підвищенням рівнів зверненості населення вікових груп 10-29 років (понад 50%) та 40-44 років (на 26,1%). У вікових групах 50-69 років, навпаки, відмічається зменшення (понад 30%). У структурі звернень перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (1370,4 на 1000 населення), друге – хвороби органів дихання (1117,6 на 1000 населення), третє – хвороби органів травлення (536,4 на 1000 населення), четверте – ендокринні хвороби (380,1 на 1000 населення), п'яте – хвороби ока (322,5 на 1000 населення) та кістковом'язової системи (309 на 1000 населення)

7. Порівняно з 2006 роком відмічається суттєве омолодження контингенту, що звертається за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби та стенокардії. Так, у віковій групі 35-54 років збільшення рівнів звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця становить 6-9 разів. Підвищення рівнів зверненості з приводу гіпертонічної хвороби у віковій групі 15-19 років становить 1,5 рази. Поступово збільшується рівень зверненості за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гіпертонічної хвороби у віковій групі 10-14 років (2006 рік – звернень не було, 2008 рік – 0,8, 2011 рік – 1,3 на 1000 відповідного населення). У вікових групах 30-44 років підвищення рівня зверненості з приводу стенокардії становить 4,4 рази.

8. Рівень зверненості за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу хвороб органів дихання збільшився на 12,7%, за рахунок підвищення відвідувань дитячим населенням з приводу пневмоній. Порівняно з 2008 роком, коли відмічався спад звернень з приводу пневмонії, у віковій групі 0-4 років збільшення становить 1,7 рази. У віковій групі 5-14 років збільшення рівня зверненості становить 2,1 рази. Також відмічається збільшення рівня зверненості у віковій групі 30-49 років, яке становить 1,6 рази.

9. Серед нозологічних форм класу хвороба органів травлення з якими населення звертається за амбулаторно-поліклінічною допомогою найбільшої уваги заслуговують хвороби підшлункової залози та гепатити (рівні зверненості збільшилися на 29% та 18% відповідно). Зверненість з приводу виразкової хвороби збільшилася на 6,2%, з приводу холециститів – на 8,9%. Зверненість населення з приводу жовчнокам'яної хвороби у 2011 році порівняно з 2006 роком зменшилася у 3 рази. Найбільше збільшення рівнів звернень з приводу хвороб підшлункової залози спостерігається у віковій групі 15-29 років та старше 65 років (у 2 рази), як серед міського так і сільського населення, а з приводу гепатитів – у віковій групі 15-19 років (1,6 рази) та старше 45 років.

10. Загальний показник госпіталізації до стаціонарів порівняно з 2006 роком збільшився не суттєво (на 3,7%). Проте, відмічається значна варіабельність рівнів зверненості у різних вікових групах та за причинами звернень:

- на тлі збільшення загального показника зверненості населення за стаціонарною допомогою з приводу хвороб органів дихання на 23%, у віковій групі 0-29 років рівні зверненості зменшилися від 1,5 до 2,6 рази, а у віковій групі старше 30 років – навпаки збільшилися з тенденцією до зростання з віком (від 1,7 рази у віковій 30-34 роки до 24,9 рази у віковій групі старше 80 років), як в містах так і в сільських поселеннях;

- порівняно з 2006 роком відмічається збільшення зверненості з приводу ішемічної хвороби серця на 14% за рахунок збільшення звернень населення



вікової групи 35-54 років у 1,5 разу та старше 65 років у 1,2 разу. У віковій групі 60-64 роки навпаки відмічається зменшення рівня зверненості у 1,2 разу.

- з приводу основних нозологічних форм захворювань класу хвороби органів травлення відмічається підвищення рівнів зверненості з приводу хвороб підшлункової залози у віковій групі старше 70 років у 2 рази, гепатитів у віковій групі 65-69 років у 1,3 рази, виразкової хвороби у віковій групі 70-79 років у 1,6 рази. Одночасно відмічається зниження рівнів зверненості з приводу холециститів у віковій групі 60-64 років у 1,5 рази, гепатитів у віковій групі 0-14 років з 0,1 до 0,4 на 100 відповідного населення, виразкової хвороби у вікових групах 20-29 років у 1,5 рази, 35-39 років у 1,3 рази, 60-64 роки у 2,9 рази.

11. У структурі надання стаціонарно-замінної допомоги основне місце займають хвороби системи кровообігу (25,6 на 1000 населення). Відносно однакові показники зверненості з розрахунку на 1000 населення з приводу хвороб органів дихання (6,9) та травлення (6,8), нервової (8,1) та кістковом'язової систем (6,3), ендокринних захворювань (7,4), дещо нижчі – з приводу хвороб сечо-статевої системи (4,4), в межах 1 на 1000 населення – з приводу новоутворень, розладів психіки і поведінки, зовнішніх причин, хвороб ока. Загальний показник рівня зверненості населення за стаціонарно-замінною допомогою порівняно з 2006 роком підвищився на 12,9% за рахунок незначного рівномірного підвищення зверненості за всіма класами хвороб.

12. Стаціонарно-замінна допомога найбільше надається пацієнтам з ішемічною хворобою серця (11,2-11,9 на 1000 населення упродовж 2006-2011 років). Проте, у деяких вікових групах населення порівняно з 2006 роком відмічається суттєве збільшення показників: у віковій групі 20-24 роки – у 3,4 рази, у вікових групах 25-34 роки у 1,5 рази. Поряд з цим у віковій групі 40-49 років відмічається зменшення рівня зверненості у 1,5 рази. Відмічається суттєва різниця щодо рівня зверненості між міським та

сільським населенням у вікових групах старше 65 років (серед чоловіків перевищення становить у 1,5 рази, серед жінок – у 1,7).

13. Пацієнти з хворобами нервової системи у структурі наданої стаціонарно-замінної медичної допомоги посідають друге місце. За загальним показником надання стаціонарно-замінної допомоги в містах рівень госпіталізації чоловіків на 7,7% перевищує даний показник у селах. Серед жіночого населення різниця не суттєва. Проте, серед дитячого населення обох статей в містах рівні надання стаціонарно-замінної допомоги перевищують відповідні показники у сільській місцевості у 1,3-1,5 рази, а серед населення старше 65 років – у 1,2-2 рази. У віковій групі 25-29 років стаціонарно-замінна допомога більше надавалася сільському населенню (перевищення у 1,5 рази як серед чоловіків так і серед жінок).

14. Загальний рівень зверненості за стаціонарно-замінною допомогою з приводу хвороб органів дихання у 2011 році порівняно з 2006 роком збільшився на 7,8%. Відмічається варіабельність рівнів – підвищення у 1,2 рази у вікових групах 15-19 та 45-49 років, у 1,6 рази у віковій групі 65-79 років та значне зменшення у 2,2 рази у віковій групі 80 років і старші.

15. Підвищення загального рівня надання стаціонарно-замінної допомоги з приводу пневмоній у 2011 році порівняно з 2006 роком становить 22,9%, що зумовлено підвищенням рівнів зверненості населення вікових груп 5-9 років та 65-79 років у 1,5 рази, 40-44 років у 1,9 рази.

16. Надання стаціонарно-замінною допомоги з приводу хвороб органів травлення у 2011 році збільшилося на 6,5% за рахунок значного підвищення рівнів зверненості з приводу гепатитів (у 1,4 рази) та холециститів (у 1,3), як міського так і сільського населення. За цими нозологічними формами спостерігається збільшення рівнів зверненості як серед чоловіків, так і серед жінок вікової групи старше 35 років, а з приводу холециститів ще й у віковій групі 5-9 років.

**Особисті роботи за матеріалами розділу [6].**

**РОЗДІЛ VI****ОБГРУНТУВАННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ  
СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПЕРВИННІЙ ТА  
ВТОРИННІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ****6.1. Методологія розрахунку потреби населення у медичній допомозі**

Розрахунку потреби населення адміністративної території у медичній допомозі має передувати ретельний аналіз:

- медико-демографічної ситуації;
- рівня і структури захворюваності та поширеності захворювань;
- показників діяльності закладів охорони здоров'я;
- географічно-кліматичних параметрів;
- радіусу обслуговування;
- наявності транспортних комунікацій, у тому числі асфальтованих доріг та громадського транспортного сполучення;
- типу розселення населення;
- перспективи соціально-економічного розвитку.

Функціональною одиницею для розрахунку потреби у стаціонарній допомозі є відділення, амбулаторно-поліклінічній допомозі – лікарська посада, яка забезпечує обсяг послуг відповідно до функцій; швидкій медичній допомозі – кількість викликів бригад швидкої медичної допомоги з урахуванням часу доїзду; паліативній допомозі – щорічна кількість померлих пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань, серцево-судинних захворювань, СНІДом, осіб старечого віку тощо.

**Розрахунок потреби населення у первинній медичній допомозі:**

- здійснюється з урахуванням нормативів чисельності прикріпленого населення до лікаря і Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

– проводиться Центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

– визначаються диференційовані коефіцієнти потреби у первинній медичній допомозі на основі даних офіційної статистики чисельності прикріпленого населення на кінець календарного року (у тому числі осіб віком 0–6 років, 7–65 років, понад 65 років), коефіцієнтів потреби у медичній допомозі з урахуванням вікового фактору (табл. 6.1):

$$K_{ПМСД} = \frac{Ч_{0-6 \text{ років}} \times 1,3 + Ч_{7-65 \text{ років}} \times 0,85 + Ч_{\text{понад } 65} \times 1,6}{Ч_{\text{нас}}}, \text{ де (6.1)}$$

$K_{ПМСД}$  – диференційований коефіцієнт потреби у первинній медичній допомозі прикріпленого населення;

$Ч_{0-6 \text{ років}}$  – чисельність прикріпленого населення віком 0–6 років;

1,3 – коефіцієнт вікового фактору для осіб віком 0–6 років;

$Ч_{7-65 \text{ років}}$  – чисельність прикріпленого населення віком 7–65 років;

0,85 – коефіцієнт вікового фактору для осіб віком 7–65 років ;

$Ч_{\text{понад } 65 \text{ років}}$  – чисельність прикріпленого населення понад 65 років;

1,6 – коефіцієнт з урахуванням вікового фактору для осіб віком понад 65 років;

$Ч_{\text{нас}}$  – чисельність прикріпленого населення на кінець календарного року.

Таблиця 6.1.1

### Коефіцієнти потреби у первинній медичній допомозі з урахуванням вікового фактору

Вік (у роках)	Віковий фактор
0-6	1,3
7-65	0,85
Понад 65	1,6

Диференційований коефіцієнт потреби у первинній медичній допомозі прикріпленого населення служить базою для диференціації кадрових потреб у лікарях в межах адміністративної території.

## Розрахунок потреби населення у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я, якими є:

в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;

в амбулаторних умовах - консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

Потреба населення у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі визначається на основі даних аналізу віко-статевої структури населення, причин, рівнів та структури смертності, рівнів та структури захворюваності, необхідності у госпіталізації хворих до цілодобових стаціонарів різного профілю, а також з урахуванням територіального розміщення лікарні інтенсивної допомоги, наявності транспортних комунікацій, у тому числі асфальтованих доріг та громадського транспортного сполучення.

Наприклад, дані захворюваності населення аналізуються і вносяться у таблицю (табл.6.1.2)

*Таблиця 6.1.2*

### Захворюваність населення

Найменування класів хвороб, станів та захворювань	Профіль відділень	Захворюваність населення на 1000 відповідного населення								
		дитяче			доросле			все населення		
		територія	Україна	Коефіцієнт відхилення (як частка від одиниці)	територія	Україна	Коефіцієнт відхилення (як частка від одиниці)	територія	Україна	Коефіцієнт відхилення (як частка від одиниці)
	Всього	1992,4	1920,3	+1,04	1833,0	1842,9	-1,005	1870,7	1856,5	+1,008

Для визначення потреби населення у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі необхідні статистичні дані про загальну чисельність населення, розподіл населення за віко-статевими групами серед дорослого і дитячого населення.

Поділ населення на ці групи дозволяє врахувати вплив віко-статевої структури на його стан здоров'я, і відповідно, на обсяги і структуру медичної допомоги, які мають бути враховані при формуванні мережі закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Згідно з статистичними даними за попередні 3 роки проводиться аналіз складу хворих у цілодобових стаціонарах і середній термін їх перебування на ліжку у розрізі класів і груп захворювань окремо серед дітей віком до 18 років і дорослих.

За кожною із груп на основі проведеного аналізу готуються рекомендації щодо підвищення використання ресурсів і запровадження ефективних медичних та організаційних (включаючи стаціонарозамінні) технологій.

Також необхідно враховувати ефективність використання ліжкового фонду та термін перебування хворого на ліжку.

Потреба у госпіталізації прикріпленого для обслуговування населення здійснюється з урахуванням фактичних обсягів медичної допомоги за останні роки та обґрунтованості госпіталізації шляхом експертизи історії хвороби.

Розрахунок потреби у госпіталізації проводиться у кожному структурному підрозділу закладу охорони здоров'я, який надає стаціонарну допомогу, таким чином:

$$P = \frac{(P_1 + P_2) \times 10}{H}, \text{ де (6.2)}$$

$P$  – кількість пролікованих хворих (рівень госпіталізації) із розрахунку на 100 мешканців;

$P_1$  – кількість хворих, фактично пролікованих за визначений період;

$P_2$  – кількість пролікованих хворих, які потребували госпіталізації, але не були госпіталізовані з різних причин, – незадоволена госпіталізація;

$P$  – кількість необґрунтованих госпіталізацій;

$H$  – чисельність населення, яке прикріплене для обслуговування закладу охорони здоров'я, для якого визначається потреба.

Очікуване розрахункове число госпіталізацій визначається на основі територіального прогнозованого показника чисельності населення адміністративно-територіальної одиниці.

Розрахунок потреби в госпіталізації екстрених і планових хворих проводиться за формулами, які наведено нижче.

Для екстрених: 
$$P_e = \frac{(P_1 + P_2 - P_3) \times 10}{H}, \text{ де (6.3)}$$

$P_e$  – потреба в госпіталізації;

$P_1$  – кількість госпіталізованих хворих за екстреними показаннями;

$P_2$  – кількість хворих, які потребували госпіталізації, але не були госпіталізовані з різних причин (незадоволена госпіталізація);

$P_3$  – кількість хворих, госпіталізованих з необґрунтованою екстремністю;

$H$  – чисельність населення, яке прикріплене до закладу охорони здоров'я, для якого визначається потреба.

Для планових: 
$$P_n = \frac{(P_2 + P_{\text{п}} + P_3 - P_4) \times 10}{H}, \text{ де (6.4)}$$

$P_{\text{п}}$  – число планових хворих, які потребували госпіталізації, але не були госпіталізовані ;

$P_2$  – кількість госпіталізованих хворих у звітному році в плановому порядку;

$P_4$  – кількість хворих, госпіталізованих необґрунтовано (за даними експертної оцінки);

$P_3$  – кількість хворих, госпіталізованих з необґрунтованою екстремністю;

$N$  – чисельність населення, яке прикріплене до закладу охорони здоров'я, для якого визначається потреба.

Розрахунок ліжкового фонду для екстрених хворих:

$$K_e = \frac{P_e \times H \times \Pi}{D \times 100}, \text{ де: (6.5)}$$

$P_e$  – величина відбору екстрених хворих на госпіталізацію;

$D$  – число днів роботи ліжка в рік;

$\Pi$  – середній термін перебування хворого на ліжку;

$N$  – чисельність населення, яке прикріплене до закладу охорони здоров'я, для якого визначається потреба.

Розрахунок ліжкового фонду для планових хворих:

$$K_n = \frac{P_n \times H \times \Pi}{D \times 100} \times K_o, \text{ де: (6.6)}$$

$P_n$  – величина відбору планових хворих на госпіталізацію;

$D$  – число днів роботи ліжка в рік;

$\Pi$  – середній термін перебування хворого на ліжку;

$N$  – чисельність населення, яке прикріплене для обслуговування закладом охорони здоров'я, для якого визначається потреба;

$K_o$  – коефіцієнт "очікування" планової госпіталізації (за експертними оцінками від 10 до 22 днів).

Дані за рівнями госпіталізації вносяться до таблиці (макет додається) для проведення розрахунку коефіцієнтів відхилення (чи відповідності) до показників на рівні України.

Коефіцієнти відхилення розраховуються шляхом ділення показників адміністративної території на показники в середньому по Україні. Визначається середньозважена величина відхилень за профілями надання стаціонарної допомоги шляхом множення питомої ваги даного профілю ( $y\%$ ) на коефіцієнт відхилення.

Далі визначається сума результатів цього множення для визначення середньозваженого відхилення показника на рівні адміністративно-



територіальної одиниці. Результати вносяться до таблиці-макету, на їх основі проводиться аналіз відхилення від середнього рівня в Україні.

Вивчаються причини відхилення, і якщо вони об'єктивні, то враховуються при визначенні потреби. Табл.6.1.3.

Таблиця 6.1.3

### Розрахунок рівнів госпіталізації

Профіль відділення (ліжок)	Рівень госпіталізації на 1000 відповідного населення								
	дитяче			доросле			все населення		
	територія	Україна	Коефіцієнт відхилення (як частка від одиниці)	територія	Україна	Коефіцієнт відхилення (як частка від одиниці)	територія	Україна	Коефіцієнт відхилення (як частка від одиниці)
Кардіологія	2,87			22,54			17,68		
Неврологія	37,6			28,67			22,87		
Всього	18,8 6			28,33			23,78	22,43	+1,06

### Розрахунок потреби населення у екстреній медичній допомозі

Організація надання екстреної медичної допомоги здійснюється шляхом створення центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з мережею його відділень та пунктів тимчасового базування виїзних бригад швидкої медичної допомоги або станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги в розрахунку виконання нормативу прибуття бригад швидкої медичної допомоги до пацієнта у строк не більш як 20 хвилин та забезпечення їх взаємодії із закладами охорони здоров'я.

Загальний обсяг швидкої медичної допомоги як складової екстреної визначається ретроспективно, виходячи з кількості викликів бригад швидкої медичної допомоги з урахуванням часу доїзду (не більш як 20 хвилин) відповідно до якого визначається радіус обслуговування.

Розрахунок викликів швидкої медичної допомоги розраховується шляхом множення кількості викликів швидкої медичної допомоги на 1000

населення в рік і чисельності населення адміністративно-територіальної одиниці.

Середньозміне навантаження на 1 бригаду швидкої допомоги (виклику) розраховується шляхом ділення тривалості зміни (360 хвилин) на затрати часу бригади на один виклик.

Середньорічне розрахункове навантаження на 1 бригаду швидкої медичної допомоги на рік (виклику) визначається як добуток середньозмінного розрахункового навантаження на 1 бригаду швидкої допомоги і чисельності календарних днів у році (365).

Розрахункова потужність бригад швидкої медичної допомоги (середньорічна кількість однозмінних бригад) розраховується шляхом ділення розрахункової кількості викликів швидкої допомоги на рік на середньорічне розрахункове навантаження на 1 бригаду швидкої допомоги на рік.

Дані для розрахунку потреби в наданні швидкої допомоги вносяться до макету табл. 6.1.4.

Таблиця 6.1.4

#### Розрахунок потреби в наданні швидкої медичної допомоги

Найменування	Чисельність викликів на 1000 населення	Розрахунковий річний обсяг ШМД	Розрахункові затрати часу бригади ШМД на 1 виклик	Середньозміне розрахункове навантаження на 1 бригаду ШМД	Середньорічне розрахункове навантаження на 1 бригаду ШМД	Розрахункова потужність мережі ШМД	Діюча потужність мережі ШМД	Відхилення
Швидка медична допомога	324,73						50	

Розрахунок потреби населення у бригадах швидкої медичної допомоги здійснюється на основі розрахункових затрат бригади швидкої медичної

допомоги на 1 виклик та середньозмінного навантаження на 1 бригаду швидкої медичної допомоги.

### Розрахунок потреби населення у паліативній допомозі

При розрахунку потреби у паліативній допомозі визначаються категорії пацієнтів, які її потребують, та кількість померлих за цими категоріями (наприклад, онкологічні хворі в термінальній стадії).

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, не менш ніж 80% пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань потребують паліативної допомоги.

Розрахунок потреби пацієнтів у паліативній допомозі проводиться наступним чином (на прикладі пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань):

$$K_{pd} = K_{nlf} \times 0,80 \quad (6.7)$$

$K_{pd}$  – кількість пацієнтів, які потребують паліативної допомоги;

$K_{nlf}$  – кількість померлих пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань в рік;

0,80 – коефіцієнт потреби у паліативній допомозі згідно з рекомендаціями ВООЗ

Аналогічно проводяться розрахунки для осіб старечого віку, пацієнтів з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань, СНІДом тощо.

### 6.2. Потреба населення в первинній медико-санітарній допомозі

Нами розраховано коефіцієнт потреби населення рівненської області у ПМСД.

$$K_{\text{пмсд}} = \frac{U_{\text{серцево-судинні}} \times 13 + U_{\text{онкологічні}} \times 0,85 + U_{\text{інфекційні}} \times 16}{U_{\text{вс}}}$$

В результатів обрахунку встановлено, що диференційований коефіцієнт потреби у первинній медичній допомозі прикріпленого населення **становить** **1,18**

Диференційований коефіцієнт потреби у первинній медичній допомозі прикріпленого населення служить базою для диференціації кадрових потреб у лікарях в межах адміністративної території на його базі розраховано потребу в структурі та кадрових ресурсах для ПМСД.

Далі співставлено дані про існуючу мережу та кадри ПМСД, мережу та кадри ПМСД визначені департаментом охорони здоров'я ОДА, як критерії реформи охорони здоров'я в області та ті дані, які отримані в ході наукового дослідження. Дані співставлення наведені в табл.6.2.1.

*Таблиця 6.2.1*

**Співставлення мережі та кадрів ПМСД існуючих, запропонованих та обґрунтованих**

Показник	Існуючи	Запропоновані	Обґрунтовані
<b>Мережа</b>			
Центри ПМСД	2	20	<b>20</b>
Лікарські амбулаторії	93	165	182
ФАПИ	626	614	597
Медичних пунктів (здоровпункти)	25	14	<b>17</b>
Медичних пунктів в навчальних закладах	21	10	<b>15</b>
<b>Медичні кадри, посади на 10 тис відповідного населення</b>			
Дільничні терапевти	2,3	2,1	Посади відсутні
Дільничні педіатри	6,7	6,5	Посади відсутні
Дільничні медичні сестри (тер. і пед. дільниць)	13,3	13,1	Посади відсутні
Сімейні лікарі	5,4	5,6	10,7

Сімейні медичні сестри	6,3	10,4	21.4
------------------------	-----	------	------

Отримані в ході розрахунків та наведені в табл. 6.2.1 дані вказують на наступне:

- *по мережі ЗОЗ* : у зрівнянні з існуючою мережею обрахована визначає певні зміни, які полягають в збільшенні на 18 ЦПМСД, на 89 АЗПСМ; зменшенні на 29 ФАПів та на 14 здоровопунктів. У зрівнянні з запропонованими УОЗО змінами пропонується збільшення на 17 АЗПСМ, зменшення на 17 ФАПів та збільшення на 8 здоровопунктів в т.ч. на 5 в навчальних закладах.

- *по медичним кадрам*: у зрівнянні з існуючим забезпеченням лікарськими кадрами обраховано зменшення на 2,3 посадами дільничними лікарями-терапевтами та 6,7 посадами дільничних лікарів-педіатрів (відсутність штатних посад дільничних лікарів), збільшення на 5,3 на 10 тис населення посад ЛЗП-СЛ з рівнем 10,7; скорочуються посади дільничних медичних сестер, а забезпеченість сімейними медичними сестрами збільшується до показника 21,4 тобто на 15,1 на 10 тис населення. У зрівнянні з запропонованими УОЗО змінами пропонується збільшення рівня забезпеченості ЛЗП-СЛ на 5,1, а сімейними медсестрами на 11,0 з усуненням посад дільничних лікарів та дільничних медичних сестер.

### **6.3 Потреба населення у амбулаторно-поліклінічній спеціалізованій медичній допомозі вторинного рівня**

В ході проведення дослідження визначено потребу в мережі амбулаторно-поліклінічних закладів та посадах медичного персоналу для надання вторинної амбулаторно-поліклінічної допомоги. Отримані дані співставлено з даними, які існують, запропонованими Департаментом охорони здоров'я ОДА в якості індикаторів по закінченню реформи та обрахованими. Табл.6.3.1.

Таблиця 6.3.1

**Співставлення існуючих, запропонованих та обґрунтованих мережі ЗОЗ  
та кадрів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої  
медичної допомоги вторинного рівня**

Показник	Існуючи	Запропоновані	Обґрунтовані
<b>Мережа</b>			
Дільничні лікарні	1	-	-
РЛ	8	-	-
ЦРЛ	15	-	-
МЛ	4	-	-
Міська дитяча лікарня	1	-	1
Пологові будинки	2	-	-
Консультативні поліклініки	-	9	15
Консультативно-діагностичні центри	-	7	4
<b><i>Медичні кадри, посади на 10 тис відповідного населення</i></b>			
Терапевти	1,3	0,7	0,6
у т.ч. дільничні	0,9	0,5	-
Терапевти підліткові	0,1	0,1	-
Пульмонологи	0,03	0,03	0,03
Ревматологи	0,04	0,04	0,05
Кардіоревматологи дитячі	0,05	0,05	0,06
Кардіологи	0,2	0,2	0,03
Гастроентерологи	0,06	0,06	0,05
Гастроентерологи дитячі	0,05	0,05	0,04
Нефрологи	0,02	0,02	0,02
Нефрологи дитячі	0,02	0,02	0,015

Ендокринологи	0,2	0,2	0,2
---------------	-----	-----	-----

*Продовження табл. 6.3.1*

Ендокринологи дитячі	0,2	0,2	0,15
Алергологи	0,01	0,01	0,015
Алергологи. дитячі	0,02	0,02	0,015
Гематологи	0,01	0,01	0,01
Інфекціоністи	0,2	0,2	0,15
Інфекціоністи дитячі	0,1	0,1	0,1
Фізіотерапевти	0,05	0,05	-
Лікарі з ФД	0,1	0,1	0,2
Хірурги	0,4	0,4	0,3
Хірурги. дитячі	0,3	0,3	0,2
Хірурги-проктологи	0,01	0,01	0,01
Ортоп.-травматол	0,3	0,3	0,25
Ортоп.-травматол дитячі	0,2	0,2	0,15
Урологи	0,1	0,1	0,08
Урологи дитячі	0,02	0,02	0,015
Нейрохірурги	0,01	0,01	-
Ендоскопісти	0,01	0,01	0,01
Онкологи	0,1	0,1	0,15
Стоматологи	0,8	0,8	0,09
Акушер-гінекологи	0,8	0,8	0,6
Акушер-гінекологи дитячі	0,1	0,1	0,1
Педіатри	7,5	7,5	2,0
У т.ч. дільничні	5,3	5,3	-
Офтальмологи	0,4	0,4	0,3
Офтальмологи дитячі	0,5	0,5	0,4

Отоларингологи	0,3	0,3	0,2
Отоларингологи дитячі	0,5	0,5	0,4

Продовження табл. 6.3.1

Фтизіатри	0,2	0,2	0,2
Фтизіатри дитячі	0,05	0,05	0,045
Неврологи	0,5	0,5	0,6
Неврологи дитячі	0,6	0,6	0,65
Рефлексотерапевти	0,02	0,02	--
Психіатри	0,1	0,1	0,15
Психіатри дитяч	0,05	0,05	0,06
Наркологи	0,1	0,1	0,15
Сексопатологи	0,01	0,01	-
Дематовенерологи	0,3	0,3	0,2
Дематовенерологи дитячі	0,1	0,1	0,1
Лікарі-лаборанти	0,08	0,08	0,1
Лікарі-імунологи	0,02	0,02	0,025
Лікарі-імунологи дитячі	0,05	0,05	0,06
Лікарі з УЗД	0,2	0,2	0,25
Рентгенологи	0,2	0,2	0,25
Санологи	0,01	0,01	-
Статистики	0,05	0,05	0,06
<b>Всього лікарі</b>	17,3	10,14	13,74
Медичні сестри	1589	1624	1609
Лаборанти	109	-	118
Фельдшери	116	117	95
Всього молодші медичні працівники з вищою освітою	1814	1741	1822



Отримані в ході розрахунків та наведені в табл. 6.3.1 дані вказують на наступне:

- *по мережі ЗОЗ* : принципово змінюється структура ЗОЗ які надають спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу вторинного рівня медичної допомоги шляхом реорганізації та оптимізації діяльності існуючих закладів охорони здоров'я і створення 15 консультативних поліклінік (в кожній із існуючих нині адміністративній території) для дорослого та дитячого населення, збереження поліклініки на базі міської дитячої лікарні та створення 4 консультативно-діагностичних центрів (УОЗО запропоновано таких центрів 7),

- *по медичних кадрах*: обрахована потреба в забезпеченні лікарськими кадрами вказує на зниження потреби від існуючої на 3,56 на 10 тис населення з показником 13,74 на 10 тис населення. При запропонованому по заказнику забезпеченості 10,14. Обраховані показники забезпеченості лікарськими кадрами в розрізі спеціальностей наведені в табл.6.3.1, вони коливаються від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

Загальна потреба в посадах молодшого медичного персоналу з вищою освітою в межах систем охорони здоров'я області для надання вторинної амбулаторно-поліклінічної допомоги збільшується, за обрахованими даними, на 6 посад на 10 тис населення.

#### **6.4. Потреба населення сільськогосподарської області у стаціонарозамінних формах медичної допомоги**

Базуючись на отриманих в ході дослідження даних щодо поширеності хвороб серед населення області, потужності та результатах діяльності стаціонарозамінних форм медичної допомоги, експертизи обґрунтованості госпіталізації була розрахована потреба населення області в стаціонарозамінних формах медичної допомоги.

Отримані дані співставлено з даними, які існують, запропонованими Департаментом охорони здоров'я ОДА в якості індикаторів по закінченню реформи та обрахованими. Табл.6.4.1.

Таблиця 6.4.1

**Співставлення обсягів та структури існуючих, запропонованих та обґрунтованих стаціонарозамінних форм медичної допомоги**

Показник	Існуючи	Запропоновані	Обґрунтовані
Ліжок денного стаціонару на первинному рівні	<b>1854</b>	.	<b>1820</b>
Загальних ліжок денного стаціонару на вторинному рівні	<b>601</b>	.	<b>400</b>
Спеціалізованих ліжок денного стаціонару на вторинному рівні, всього	<b>185</b>	.	<b>270</b>
в т.ч. педіатричних	<b>30</b>	.	<b>125</b>
Ліжок «Центрів хірургії одного дня»	.	.	<b>175</b>

Отримані в ході розрахунків та наведені в табл. 6.4.1 дані вказують на значне зростання потреби в стаціонарозамінних формах лікування населення. На первинному рівні медичної допомоги лікування в стаціонарозамінних формах є функцією ЛЗП-СЛ. В ЗОЗ вторинного рівня денні стаціонари є структурними підрозділами амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ. Вперше в області обґрунтовано необхідність створення Центрів хірургії одного дня в тому числі офтальмологічного та отоларингологічного профілю та збільшості ліжок денного стаціонару педіатричного профілю, які мають бути в усіх консультативних поліклініках та консультативно-діагностичних центрах.

**6.5. Потреба населення сільськогосподарської області в стаціонарній медичній допомозі вторинного рівня**

В ході проведення дослідження визначено потребу в мережі стаціонарних закладів, кількості ліжок, та посадах медичного персоналу для надання вторинної стаціонарної допомоги. Отримані дані співставлено з

даними, які існують, запропонованими Департаментом охорони здоров'я ОДА в якості індикаторів по закінченню реформи та обрахованими. Табл.6.5.1.

Таблиця 6.5.1

**Співставлення мережі існуючих, запропонованих та обґрунтованих закладів охорони здоров'я для надання стаціонарної медичної допомоги**

Показник	Існуючи	Запропоновані	Обґрунтовані
Дільничні лікарні	1		-
РЛ	8		-
ЦРЛ	15		-
МЛ	3		-
Міська дитяча лікарня	1		-
Пологові будинки	2		-
ЛПЛ	-	7	<b>4</b>
Багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування	-	7	<b>1</b>
Лікарні планового лікування	-	11	
Лікарні відновного лікування	-	1	<b>4</b>
Перинатальні центри другого рівня	-	3	-

Отримані в ході розрахунків та наведені в табл. 6.5.1 дані вказують на зміну структури закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу в області та їх зменшення по відношенню до існуючої мережі та запропонованої обласним управлінням охорони здоров'я. Основним ЗОЗ стає лікарня інтенсивного лікування пацієнтів з запровадження в області системи відновного стаціонарного лікування пацієнтів.

Запропонована мережа ЗОЗ створюється під час формування госпітальних округів. Обґрунтована нами кількість та структура ГО наведена нижче. Рис.6.5.1. Всього обґрунтована необхідність в ГО складає

три госпітальних округи проти запропонованих управлінням охорони здоров'я ОДА – семі госпітальних округів.

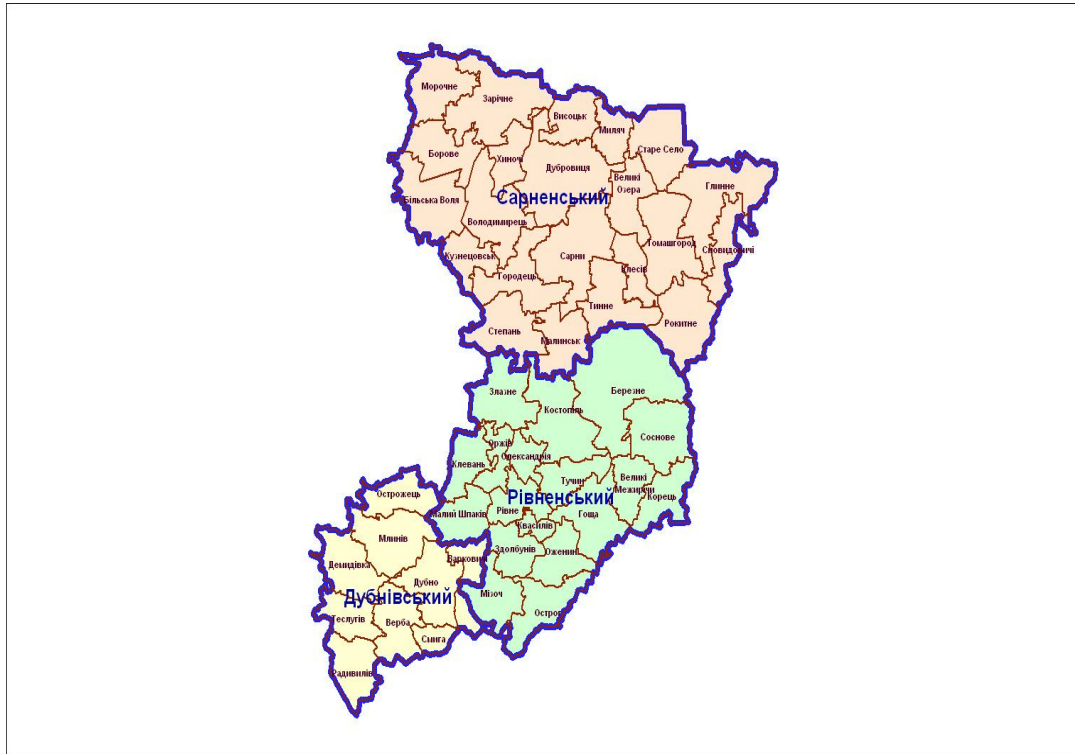


Рис. 6.5.1. Схеми обґрунтованих госпітальних округів

Департаментом охорони здоров'я ОДА заплановано створення 7 госпітальних округів, у яких буде надаватись медична допомога як міському, так і сільському населенню. Найбільша кількість населення за їх даними буде прикріплена до ГО №1 – 392,0 тис. осіб, до якого увійде населення м. Рівне, Рівненського та Здолбунівського районів. Найменшим за кількістю прикріпленого населення (84,0 тис. осіб) буде ГО №5, до якого відноситиметься населення Дубровицького та Зарічненського районів.

Далі вивчалася потреба в стаціонарних ліжках за їх профілями. Отримані результати, які співставлені з існуючими та запропонованими Департаментом охорони здоров'я ОДА в якості індикаторів по закінченню реформи наведені в табл. 6.5.2.

Таблиця 6.5.2

**Співставлення існуючих, запропонованих та обґрунтованих  
показників забезпеченості населення стаціонарними ліжками  
вторинного рівня стаціонарної медичної допомоги для дорослих**

Показник	Існуючи		Запропоновані		Обґрунтовані	
	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник
Інтенсивної терапії	192	1,7	192	1,7	760	6,7
Терапевтичні	996	8,6	996	8,6	800	6,9
Кардіологічні	479	4,15	479	4,15	420	3,6
Ревматологічні для дорослих	25	0,72	25	0,22	40	0,34
Гастроентерологи для дорослих	35	0,4	35	0,4	—	—
Інфекційні для дорослих	289	3,3	289	3,3	120	1,02
Інфекційні для дітей	154	5,7	154	5,7	80	0,68
Хірургічні для дорослих	634	7,2	634	7,2	420	3,6
Нейрохірургічні для дорослих	55	0,62	55	0,62	60	0,52
Ортопедичні для дорослих	30	0,34	30	1,34	40	0,34
Травматологічні для дорослих	463	5,25	463	5,25	320	2,76
Стоматологічні для дорослих	30	0,34	30	0,37	—	—
Гнійної хірургії для дорослих	30	1,1	30	1,1	40	0,34
Урологічні для дорослих	80	0,9	80	0,9	60	0,52
Проктологічні	10	0,09	10	0,09	—	—
Акушерські	279	4,6	279	4,6	196	1,69
Патології вагітності	141	2,32	141	2,32	120	1,02
Гінекологічні для дорослих	372	4,2	372	4,2	220	1,9
Неврологічні для дорослих	600	6,8	600	6,8	440	3,8
Неврологічні для дітей	10	0,37	10	0,37	15	0,13
Офтальмологічні для дорослих	91	1,03	91	1,03	80	0,68
Отоларингологічні для дорослих	188	2,1	188	2,1	80	0,68
Отоларинголог. для дітей	21	0,8	21	0,8	15	0,13
Відновного лікування	20	0,23	20	0,23	380	3,4
Всього ліжок на вторинному рівні	5224	45,3	5224	45,3	4706	37,2

За даними розрахунків, що наведені в табл.6.5.2 потреба в ліжках інтенсивної терапії зростає в 3,9 разів і складає 760 госпітальних ліжок при забезпеченості ними населення з розрахунку 6,7 на 10 тис. Обґрунтована потреба у відкритті 380 ліжок відновного лікування при показнику забезпеченості ними населення – 3,4. Загальна потреба в госпітальних ліжках скорочується на 10,1%. Обраховані показники забезпеченості лікарняними ліжками в розрізі спеціальностей коливається від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

Таким чином, за результатами комплексного наукового дослідження обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій вторинній медичній допомозі. Табл.6.5.4.

Таблиця 6.5.4

**Потреба населення сільськогосподарської області в первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі**

Вид медичної допомоги	Мережа		Кадри	
	Існуюча	Обґрунтована	Існуюча	Обґрунтована
ПМСД	Центри ПМСД - 22	31	ЛЗП-СЛ - 5,4	10,7
	Лікарські амбулаторії - 179	191	Дільничні лікарі терапевти – 30,75 посад	Реформуються в ЛЗП-СЛ
	ФАПи - 622	608	Дільничні лікарі педіатри – 32,25 посад	Зберігаються
Амбулаторно-поліклінічна спеціалізована	Самостійні поліклініки -11	Консультативно-діагностичні центри - 3	Лікарі спеціалісти-17,3	10,4
		Консультативні поліклініки -12		
Стаціонарна спеціалізована	Центральні районні лікарні - 15	Госпітальні округи - 3	Забезпеченість ліжками	
	Районні лікарні - 8	ЛІЛ 1 рівня - 3	Всього – 45,6	37,2
	Міські лікарні - 4	ЛІЛ-2 рівня - 6		
	Міські дитячі лікарні - 1	Лікарні відновного лікування - 4	Інтенсивної терапії - 1,8	6,7
		Лікарні планового	Відновного лікування -	3,4

		лікування - 4	відсутні	
ЕМД	Спеціалізовані бригади - 5	5	Для забезпечення цілодобової роботи бригад	
	Лікарські бригади - 32	16		
	Фельдшерські бригади - 54	75		

Проведені розрахунки показали, що для забезпечення населення області доступною первинною медичною допомогою на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в області необхідно продовжити пріоритетно розвивати ПМСД та додатково створити 9 центрів ПМСД за рахунок розмежування її з ЗОЗ вторинної медичної допомоги, 14 ФАПів реформувати в лікарські амбулаторії та при збереженні посад лікарів дільничних педіатрів збільшити кількість штатних посад ЛЗП-СЛ до забезпечення ними на рівні 10,7 на 10 тис населення. При цьому штатні посади лікарів дільничних терапевтів перевести в посади ЛЗП-СЛ.

Для забезпечення населення доступною та якісною спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою поліклініки реформуються в 3 консультативно-діагностичні центри та 12 консультативних поліклінік, а забезпеченість лікарями-спеціалістами скорочується з 17,3 до 10,4 на 10 тис населення.

Реформуванню підлягає і система надання спеціалізованої стаціонарної допомоги з формування 3 госпітальних округів та створенням 3 ЛПЛ першого і 6 ЛПЛ другого рівнів, створенням 4 лікарень відновного та 4 планового лікування із скороченням забезпеченості ліжковим фондом із 45,6 до 37,7 на 10 тис населення. В структурі ліжкового фонду обґрунтовані зміни із збільшення забезпеченості ліжками інтенсивної терапії до 6,7 та відкриття ліжок відновного лікування на рівні 3,4 на 10 тис. населення.

## 6.6. Впровадження обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі

Згідно до програми дослідження впровадження результатів проводилося в 2013-2015 рр. шляхом проведення організаційного експерименту. Нами було оцінено результати організаційного експерименту, які наведено в табл. 6.6.1.

Таблиця 6.6.1.

### Результати впровадження результатів наукового дослідження в систему охорони здоров'я Рівненської області, 2013-2015 рр

Показник	2013	2014	2015
Відкрито сімейних амбулаторій	4	1	1
ФАПів реформовано в сімейні амбулаторії	0	0	1
Наявність дільничних лікарень	1	1	1
Ліжок денних стаціонарів	1854	1794	1854
Проліковано пацієнтів в денних стаціонарах	76744	81875	90576
Посад лікарів загальної практики - сімейних лікарів	262	303,25	312,75
Укомплектованість посад лікарів загальної практики - сімейних лікарів	74,9	76,8	80,4
Посад дільничних терапевтів	201,5	161,75	206,5
Посад дільничних педіатрів	184,75	123,00	163,25
Посад сімейних медсестер	523,0	524,00	528,00
Проліковано пацієнтів в стаціонарах на дому	51715	65173	71295

Продовження табл.

Забезпеченість населення ліжками вторинного рівня надання медичної допомоги для дорослих (на 10 тис дорослих)	56,2	54,8	54,4
Забезпеченість населення ліжками вторинного рівня надання медичної допомоги для дітей (на 10 тис дітей)	28,2	26,6	21,8
Кількість ліжок вторинного рівня надання медичної допомоги для дорослих	4963	4836	4811
Кількість ліжок вторинного рівня надання медичної допомоги для дітей	772	731	602



Рівень госпіталізації дорослого населення на вторинний рівень( на 1000 дорослих)	237,8	233,7	236,8
Рівень госпіталізації дитячого населення на вторинний рівень( на 1000 дітей)	188,6	187,2	180,9
Середні терміни перебування дорослих на стаціонарному ліжку в закладах охорони здоров'я	9,5	9,3	9,3
Середні терміни перебування дітей на стаціонарному ліжку в закладах охорони здоров'я вторинного рівня	9,7	9,9	9,8
Вартість ліжко-дня в центральних районних лікарнях, грн	298,32	350,75	442,82
Затрати на один ліжко-день на придбання лікарських засобів в центральних районних лікарнях, грн	6,65	16,8	19,68
Смертність дітей до року життя на дому, % від загальної кількості померлих дітей даного віку	8,1	13,1	9,4
Летальність в наслідок інфаркта міокарда	10,5	9,21	8,2
Летальність в наслідок церебральних інсультів	30,1	29,8	29,6
Летальність в наслідок шлунково- кишкових кровотеч	0,2	-	0,8
Смертність дітей до п'яти років життя на дому, % від загальної кількості померлих дітей даного віку	41,7	38,9	42,9
<b><i>Звернення до лікарні після 24 годин після початку захворювання, %</i></b>			
Гострий апендицит	8,8	7,0	6,4
Гострий холецистит	32,4	26,9	24,5
Гострий панкреатин	22,3	22,6	17,4
Проривна виразка шлунку	7,8	11,2	9,4
Шлунково-кишкова кровотеча	21,2	21,9	21,5
Травми органів грудної клітки та живота	7,3	3,1	8,2

Позитивним в організаційному плані є те, що з його період відкрито 6 сімейних амбулаторій та реформовано ФАП в сімейну амбулаторію; кількість посад сімейних лікарів збільшено на 50,75 при збільшенні показника укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ на 5,5%. Скорочено 21,5 посад лікарів педіатрів-дільничних за рахунок передачі дітей для надання ПМСД ЛЗП-СЛ. Проведена оптимізація ліжкового фонду. Так, кількість госпітальних ліжок для надання медичної допомоги дорослому населенню скорочена на 152 при забезпеченні населення лікарняними ліжками 54,4 на 10 тис дорослого населення. Кількість госпітальних ліжок

для надання медичної допомоги дитячому населенню скорочена на 170 при забезпеченні населення лікарняними ліжками 21,8 на 10 тис дитячого населення. Практично в 2 рази збільшилося фінансування в розрахунку на один ліжко-день.

Позитивними результатами організаційного експерименту є наступне: збільшено на 13832 щорічно пролікованих в денних стаціонарах та на 19580 пролікованих в стаціонарах на дому. Позитивної динаміки набули показники звернення до лікарні в перші 24 години після початку захворювання при гострому апендициті, гострому холециститі, гострому панкреатиті.

#### **6.7. Експертна оцінка обгрунтованої потреби населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній медичній допомозі**

Відношення організаторів охорони здоров'я, науковців та практичних лікарів і пацієнтів до обгрунтованої та розробленої системи, які виступили в ролі експертів вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія, з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження проводилося на передодні його проведення. Результати медико-соціологічного дослідження наведені в табл. 6.7.1.

*Таблиця 6.7.1*

##### **Позитивне ставлення експертів до запропонованих інновацій**

Елемент оцінки	Абс	%
Методологія розрахунку потреби населення у медичній допомозі	24	96,0
Обрахована потреба в первинній медико-санітарній допомозі	25	100
Обрахована потреба у вторинній амбулаторно-поліклінічній медичній допомозі	25	100
Обрахована потреба у вторинній стаціонарній медичній допомозі	23	92
Обрахована потреба в екстреній медичній допомозі	25	100
Обсяги госпітальних округів	21	84,0
Структура госпітальних округів	24	96
Оцінка в цілому	24	96

Далі за формулою, яка наведена в розділі 2 на основі одержаних даних були проведені розрахунки. В результаті проведених що коефіцієнт варіації відношення експертів до запропонованої комплексу розробок менше 10%, що вказує на високу їх узгодженість в своєму рішенні щодо позитивної оцінки системи оптимізації інтенсивної медичної допомоги дорослому населенню в закладах II–III рівнів надання медичної допомоги.

При позитивній оцінці експертами системи в цілому (96,0%) 16,0% із них мали зауваження до обсягів госпітальних округів та 8,0% до обрахованої потреби у вторинній стаціонарній медичній допомозі та по 4,0% до методології розрахунку потреби населення у медичній допомозі і структурі госпітальних округів.

## ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

1. Розроблено методологію розрахунку потреби населення у медичній допомозі яку затверджено наказом МОЗ України від 15.07.2011 №420.

2. Отримані в ході розрахунків дані щодо ПМСД вказують на наступне:

- *по мережі ЗОЗ* : у зрівнянні з існуючою мережею обрахована визначає певні зміни, які полягають в збільшенні на 18 ЦПМСД, на 89 АЗПСМ; зменшенні на 29 ФАПів та на 14 здоровопунктів. У зрівнянні з запропонованими УОЗО змінами пропонується збільшення на 17 АЗПСМ, зменшення на 17 ФАПів та збільшення на 8 здоровопунктів в т.ч. на 5 в навчальних закладах.

- *по медичним кадрам*: у зрівнянні з існуючим забезпеченням лікарськими кадрами обраховано зменшення на 2,3 посадами дільничними лікарями-терапевтами та 6,7 посадами дільничних лікарів-педіатрів ( відсутність штатних посад дільничних лікарів), збільшення на 5,3 на 10 тис населення посад ЛЗП-СЛ з рівнем 10,7; скорочуються посади дільничних медичних сестер, а забезпеченість сімейними медичними сестрами

збільшується до показника 21,4 тобто на 15,1 на 10 тис населення. У зрівнянні з запропонованими УОЗО змінами пропонується збільшення рівня забезпеченості ЛЗП-СЛ на 5,1, а сімейними медсестрами на 11,0 з усуненням посад дільничних лікарів та дільничних медичних сестер.

3. Отримані в ході розрахунків дані щодо спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги вказують на наступне:

- *по мережі ЗОЗ* : принципово змінюється структура ЗОЗ які надають спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу вторинного рівня медичної допомоги шляхом реорганізації та оптимізації діяльності існуючих закладів охорони здоров'я і створення 15 консультативних поліклінік (в кожній із існуючих нині адміністративній території) для дорослого та дитячого населення, збереження поліклініки на базі міської дитячої лікарні та створення 4 консультативно-діагностичних центрів (УОЗО запропоновано таких центрів 7),

- *по медичних кадрах*: обрахована потреба в забезпеченні лікарськими кадрами вказує на зниження потреби від існуючої на 3,56 на 10 тис населення з показником 13,74 на 10 тис населення. При запропонованому по заказнику забезпеченості 10,14. Обраховані показники забезпеченості лікарськими кадрами в розрізі спеціальностей коливається від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

Загальна потреба в посадах молодшого медичного персоналу з вищою освітою в межах систем охорони здоров'я області для надання вторинної амбулаторно-поліклінічної допомоги збільшується, за обрахованими даними, на 6 посад на 10 тис населення.

4. Отримані в ході розрахунків дані щодо стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів вказують на значне зростання потреби в стаціонарозамінних формах лікування населення. На первинному рівні медичної допомоги лікування в стаціонарозамінних формах є функцією ЛЗП-СЛ. В ЗОЗ вторинного рівня денні стаціонари є структурними підрозділами амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ. Вперше в області обгрунтовано необхідність створення Центрів хірургії одного дня в тому числі

офтальмологічного та отоларингологічного профілю та збільшості ліжок денного стаціонару педіатричного профілю, які мають бути в усіх консультативних поліклініках та консультативно-діагностичних центрах.

5. Обґрунтована потреба в формуванні на вторинному рівні надання медичної допомоги 4 госпітальних округів з створенням лікарень інтенсивного лікування, як формуючої госпітальний округ лікарні з часом доїзду в мажах терапевтичного вікна. При цьому потреба в ліжках інтенсивної терапії зростає в 3,9 разів і складає 760 госпітальних ліжок при забезпеченості ними населення з розрахунку 6,7 на 10 тис. Обґрунтована потреба у відкритті 380 ліжок відновного лікування при показнику забезпеченості ними населення – 3,4. Загальна потреба в госпітальних ліжках скорочується на 10,1%. Обраховані показники забезпеченості лікарняними ліжками в розрізі спеціальностей коливається від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

6. Запропоновані інновації щодо обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі відповідають реальним потребам населення та національній стратегії реформування системи медичної допомоги населенню і позитивно оціні експертами (96,0%).

**Список особистих робіт за темою розділу [5,8,10,14,21-25].**

## ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням доведено невідповідність системи надання медичної допомоги в сільськогосподарській області реальним потребам населення що потребувало розробки сучасної методології розрахунку потреби населення у медичній допомозі з використанням якої обґрунтовано реальну потребу населення сільськогосподарської області в первинній та вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі з метою забезпечення її доступності та якості при раціональному використанні ресурсів системи сфери охорони здоров'я.

1. Спостерігається зниження загального показника захворюваності дорослого населення Рівненської області за період 2009-2013 рр. на 6%. Найбільш значне зниження рівня первинної захворюваності дорослого населення за класами хвороб за роки дослідження до базисного року спостереження (2009 р.) відзначається на хвороби органів травлення (21%), вади розвитку (73%), хвороби органів дихання (9%), зростання первинної захворюваності дорослого населення відбулось на новоутворення (на 9%), хвороби ендокринної системи (на 10%), хвороби ока (на 21%) при збільшенні поширеності хвороб серед дорослого населення області за більшістю класів в тому числі новоутворень (на 16%), хвороб ендокринної системи (на 20,6%), хвороб ока та придаткового апарату (на 15,6%), вад розвитку (на 19,5%), хвороб травлення (на 8,4%), що є чинним несвоєчасного звернення населення за медичною допомогою та хронізації захворювань.

2. Встановлено зростання рівня захворюваності дитячого населення Рівненської області за період дослідження до базисного року спостереження за наступними класами хвороб: інфекційні та паразитарні хвороби (на 21,6%), новоутворення (на 33,4%), хвороби вуха та придаткового апарату (на 12,3%). Зменшення рівня первинної захворюваності спостерігається на хвороби крові (на 48%), хвороби ендокринної системи (на 25%), психічні розлади (на 22%), хвороби системи кровообігу (на 22,7%) також спостерігається збільшення поширеності інфекційних хвороб серед дітей

Рівненської області на 14% , новоутворень на 17,4% , психічних розладів на 7%, хвороб вуха та соскоподібного відростка на 12,6%, вад розвитку на 28%, травм на 8,7% . За аналізований період зменшились показники поширеності хвороб крові серед дитячого населення області на 27%, хвороб ендокринної системи на 11,6%, хвороб ока та придаткового апарату на 11,8%.

3. Загальний показник смертності населення Рівненської області знизився на 6,2% до базисного року спостереження (124,1 на 10 тис. жителів), При цьому показник смертності населення області від хвороб системи кровообігу зменшився на 6,4 % (2009 р. 95,0, 2013 р. 88,9 на 10 тис. населення області), хвороб органів дихання на 7,7% (2,6; 2,4 відповідно), хвороб органів травлення на 16,7% (4,8; 4,0 відповідно), травм та інших причин на 19,3% (8,3; 6,7 відповідно). Смертність чоловіків в працездатному віці в 3,9 разу перевищує жіночу в аналогічному віці. В структурі смертності населення області перше місце займають хвороби кровообігу (71,7%), друге – новоутворення (12,5%), третє – травми, отруєння та інші причини смерті (5,4%). Спостерігається збільшення первинного виходу на інвалідність за наступними класами хвороб: психічні розлади на 20% , хвороби нервової системи на 12,5% , хвороби сечостатевої системи на 20%, хвороби кістково-м'язового апарату на 7,3%.

4. Встановлені зміни зверненості населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою які характеризуються підвищенням рівнів зверненості населення вікових груп 10-29 років (понад 50%) та 40-44 років (на 26,1%). У вікових групах 50-69 років, навпаки, відмічається зменшення (понад 30%). У структурі звернень перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (1370,4 на 1000 населення), друге – хвороби органів дихання (1117,6 на 1000 населення), третє – хвороби органів травлення (536,4 на 1000 населення), четверте – ендокринні хвороби (380,1 на 1000 населення), п'яте – хвороби ока (322,5 на 1000 населення) та кістковом'язової системи (309 на 1000 населення). Порівняно з 2006 роком відмічається суттєве омолодження контингенту, що звертається за амбулаторно-

поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби та стенокардії. Так, у віковій групі 35-54 років збільшення рівнів звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця становить 6-9 разів. Підвищення рівнів зверненості з приводу гіпертонічної хвороби у віковій групі 15-19 років становить 1,5 рази. У вікових групах 30-44 років підвищення рівня зверненості з приводу стенокардії становить 4,4 рази.

5. Загальний показник госпіталізації до стаціонарів порівняно з 2006 роком збільшився на 3,7%. У структурі надання стаціонарно-замінної допомоги основне місце займають хвороби системи кровообігу (25,6 на 1000 населення). Відносно однакові показники зверненості з розрахунку на 1000 населення з приводу хвороб органів дихання (6,9) та травлення (6,8), нервової (8,1) та кістковом'язової систем (6,3), ендокринних захворювань (7,4), дещо нижчі – з приводу хвороб сечо-статевої системи (4,4), в межах 1 на 1000 населення – з приводу новоутворень, розладів психіки і поведінки, зовнішніх причин, хвороб ока. Загальний показник рівня зверненості населення за стаціонарно-замінною допомогою порівняно з 2006 роком підвищився на 12,9% за рахунок незначного рівномірного підвищення зверненості за всіма класами хвороб.

6. Загальний показник рівня зверненості населення за стаціонарно-замінною допомогою порівняно з 2006 роком підвищився на 12,9% за рахунок незначного рівномірного підвищення зверненості за всіма класами хвороб. У структурі надання стаціонарно-замінної допомоги основне місце займають хвороби системи кровообігу (25,6 на 1000 населення). Відносно рівноцінні показники зверненості з розрахунку на 1000 населення з приводу хвороб органів дихання (6,9) та травлення (6,8), нервової (8,1) та кістковом'язової систем (6,3), ендокринних захворювань (7,4), дещо нижчі – з приводу хвороб сечо-статевої системи (4,4), в межах 1 на 1000 населення – з приводу новоутворень, розладів психіки і поведінки, зовнішніх причин, хвороб ока.



7. Зверненість населення за ЕМД зменшилася в основному за рахунок викликів до сільського населення. Рівні зверненості за екстренною медичною допомогою у сільській місцевості у 2,5 рази нижчі ніж у містах. Рівні зверненості за ЕМД найвищі серед населення вікової групи 65-69 років. Порівняно з 2006 роком зверненість за ЕМД населення цієї вікової групи з приводу хвороб системи кровообігу збільшилася на 30%, з приводу хвороб органів дихання на 28,7%, хвороб органів травлення на 27,6%. Встановлено більше ніж у 50 разів збільшення викликів швидкої медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу населення вікової групи 30-34 років при незмінності показника зверненості за медичною допомогою населення даної вікової категорії з приводу вказаних хвороб.

8. При пріоритетному розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини встановлено низький рівень охоплення населення ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини (78,2%) при низькому рівні укомплектованості посад ЛЗП/СЛ (70,6%) з великою часткою серед них осіб пенсійного віку (18,1%) та недостатньому рівні оснащеності сімейних амбулаторій при цьому відмічається низький рівень відвідуванням населенням лікарів з профілактичною метою (32,0% з різницею в 1,8 разів в розрізі адміністративних територій) при невиконанні значною часткою лікарів функції посади. При цьому при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги у 67,50% випадків обстеження пацієнтів не відповідає вимогам клінічних протоколів, а у 57,8% їм не відповідають програми лікування, що вказує на низький рівень якості медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні при відсутності у 88,3% випадків наступності медичної допомоги за її рівнями та етапами.

9. Встановлено достовірну різницю в забезпеченості населення госпітальними ліжками за адміністративними територіями ( від 21,3 до 69,4 на 10 тис населення), що призводить до порушення принципу справедливості в доступності населення до вторинної стаціонарної допомоги

при цьому рівень фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та режим роботи окремих служб в вихідні та святкові дні не дозволяє забезпечити надання медичної стаціонарної допомоги у відповідності до Клінічних протоколів. Показники роботи госпітального ліжка вказують на їх стабілізацію із скороченням рівня госпіталізації дорослого та збільшенням рівня госпіталізації дитячого населення області при цьому більше 25% пацієнтів госпіталізуються необґрунтовано і тільки 54,8% отримували медичну допомогу у відповідності до галузевого стандарту.

10. Обґрунтовано потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) амбулаторно-поліклінічній медичній допомозі яка відповідає потребам населення і полягає в розширенні мережі ЗОЗ первинного рівня та збільшення на 5,3 на 10 тис населення посад ЛЗП-СЛ з рівнем 10,4, забезпеченість сімейними медичними сестрами збільшується до показника 20,8 тобто на 15,1 на 10 тис населення при усуненні посад медичних працівників терапевтичної дільничної служби та збереження посад лікарів-дільничних педіатрів. Для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної служби створюється мережа консультативних поліклінік та консультативно-діагностичних центрів. Обґрунтована потреба в забезпеченні лікарськими кадрами вказує на її зниження від існуючої на 3,56 на 10 тис населення з показником 13,74 на 10 тис населення. З коливаннями від існуючого показника за спеціальностями як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

11. Обґрунтована потреба в формуванні на вторинному рівні надання медичної допомоги з госпітальних округів з створенням лікарень інтенсивного лікування, як формуючої госпітальний округ лікарні з часом доїзду в межах терапевтичного вікна. При цьому потреба в ліжках інтенсивної терапії зростає в 3,9 разів і складає 760 госпітальних ліжок при забезпеченості ними населення з розрахунку 6,7 на 10 тис. Обґрунтована потреба у відкритті 380 ліжок відновного лікування при показнику

забезпеченості ними населення – 3,4. Загальна потреба в госпітальних ліжках скорочується на 10,1%. Обраховані показники забезпеченості лікарняними ліжками в розрізі спеціальностей коливається від існуючого показника як в сторону збільшення так і в сторону зменшення.

12. Відповідність обґрунтованої потреби населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі потребам населення та національній стратегії реформування системи медичної допомоги населенню при позитивній оцінці експертами (96,0%) дозволяють рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

### ***Міністерству охорони здоров'я України:***

- рекомендувати для впровадження обґрунтовану потребу населення сільськогосподарської області у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі;

### ***Департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій:***

- - провести розрахунки по визначенню потреб населення львівсько-карпатських регіонів у первинній та спеціалізованій (вторинній) медичній допомозі;
- розробити стратегічний план реформування системи надання медичної допомоги населенню регіону у відповідності до потреб населення.

### ***Вищим медичним навчальним закладам України:***

- запровадити цикли ТУ для організаторів охорони здоров'я з метою їх навчання визначення потреб населення в медичній допомозі первинного та вторинного рівня і механізмів їх забезпечення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI[Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Конституція України.
3. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf>. – Название с экрана.
4. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
5. Слабкий Г. О. Реформування системи охорони здоров'я : механізми формування первинної медичної допомоги на сучасному етапі / Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина // Журн. сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2011. – № 5. – С. 3–6
6. Слабкий Г. Нові підходи до організації первинної медико-анітарної допомоги/ Г. Слабкий, К.Надутий, Л.Матюха // Практика управління медичним закладом– 2011. – № 7. – С. 16–22.
7. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 30–31.
8. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні . Спільний звіт /Під заг.ред.В.М.Лехан, В.М.Рудого. – К., Вид-во Раєвського, 2005.-168с.
9. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.

10. Шевченко М. В. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України / М. В. Шевченко, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 126–132.

11. Слабкий Г. А. Оценка финансовых ресурсов и политики, оказывающих влияние на состояние кадровых ресурсов здравоохранения / Г. А. Слабкий, М. В. Шевченко, Г. В. Шпак // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4.

12. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с

13. Лисак В.П., Пархоменко Г.Я. Питання якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги// Питання якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. 22 жовтня 2010 року. Київ, 2010. - С. 95-96

14. Шевченко М. В. Підходи до формування базових пакетів медичних послуг для населення / М. В. Шевченко // «Резистентність до протимікробних препаратів та її глобальне поширення» в рамках святкування 170-річчя Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця : Міжнар. наук.-практ. конф., присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2011 р., м. Київ, 7–8 квітня 2011 р. – К., 2011. – С. 266–267.

15. Лисак В.П. Оцінка медичними працівниками організації лікувально-діагностичного процесу в лікувально-профілактичних закладах//Проблеми екології та медицини. 2010. - №3-4. – С.39-47

16. Моїсеєнко Р. І. Ефективність впровадження сучасних перинатальних технологій в діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини / Р. І. Моїсеєнко, О. О. Дудіна // Інновації в медицині (наук.-практ. видання) : Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 29–30 вересня 2011 р. : тези доп. – К., 2011. – С. 60.

17. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня

//Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т.2, №2. – С.44-52

18. Лазоришинець В.В., Салютін Р.В., Слабкий Г.О., Знаменська М.А. та інші Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м.Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення(монографія). К., 2014. –207 с.

19. Слабкий Г.О., Лехан В.М., Надутий К.О., Ященко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю., Знаменська М.А. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №3. – С. 7–22.

20. Чепелевская Л. А. Особенности заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого населения Украины / Л. А. Чепелевская, А. А. Крапивина // Сб. Материалов I Междунар. форума [«Активное долголетие»], (Алматы, 3–4 июня 2013 г.). – С. 49.

21. Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ. 2013: В центре внимания – неинфекционные заболевания. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – 10 с.

22. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М., Чернюк В.І. Професійні здоров'я в Україні та шляхи його покращення// Журн. акад. мед. наук України. – 2007, № 3 (том 13). – с. 464-475

23. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы Здравоохранения/ Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.).

24. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С., Прокопишин О.І. Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995—2005 роки: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2007. – 72 с.

25. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. – Женева : ВОЗ, 2013. – 170 с.

26. Модернізація України – наш стратегічний вибір : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К., 2011. – 416, [32] с.

27. Смірнова Т.М., Ситенко О.Р.Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні// Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – №2 ().- С.

28. Вишняков Н.И. Финансовое обеспечение медицинской помощи оптимального объема / Н.И Вишняков, Е.Н. Пинюгина, С.И. Стожарова, Г.Ф. Гулуа // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 5. – С. 8–14.

29. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» (онлайнова база даних). – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfadb> (останнє оновлення – липень, 2013 р.). – Назва з екрана.

30. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія.[монографія] – К., 2014. – 438 с.

31. Деякі питання використання ліжкового фонду вторинного рівня медичної допомоги / В.В. Лазоришинець, Г.Я Пархоменко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 2. – С.15–21.

32. Трофимов А.С.Анализ количественных показателей динамики объемов внебольничной медицинской помощи населению на базе муниципальных учреждений / А.С. Трофимов // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 5. – С. 19–21.

33. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / за ред. Г.О. Слабкого. – К., 2010. – 24 с



34. Лехан В. М. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я / В. М. Лехан, К. О. Надутий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – 2 (26). – С. 67–71.

35. О формировании дифференцированного подушевого норматива в системе обязательного медицинского страхования / М.А. Хуторской, И.А. Гехт // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 2. – С. 22–31.

36. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2011 році (за даними вибіркового опитування домогосподарству жовтні 2011 року) : [статистичний збірник / упоряд. І. Осипова]. – К. : Державна служба статистики України, 2012. – 142, [11] с.

37. Вишняков Н.И. Доступность медицинской помощи в США: мифы и реалии / Н.И. Вишняков, Z.A.Bauer // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 3. – С. 41–44.

38. Щепин О.П. Основные направления совершенствования профилактической работы по материалам социологического исследования / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, С.М. Смбатян, В.В. Расстегаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения, истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 25–28.

39. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1(13)/10. – С. 5–23.

40. Дифференцированные нормативы медицинской помощи населению и ресурсного обеспечения : Методические рекомендации № 99/180 / [В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, Э.Н. Матвеев и др.]. – М., 2000. – 28 с.

41. Калинская А.А. Объем, характер и экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания горбольницы / А.А. Калинская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 5. – С. 20–23.

42. Ситникова О.Ю. Особенности планирования медицинской помощи сельскому населению Московской области (на примере Ногинского муниципального района) : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33 "Общественное здоровье и здравоохранение" / О.Ю. Ситникова. – М., 2007. – 24 с.

43. Виблая И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения: дис. доктора мед. наук : 14.00.33 / Виблая Ирина Викторовна. – М., 2004. – 400 с.

44. Вивчення задоволеності сільських мешканців зверненнями по медичну допомогу / О.М. Очередько, В.П. Клименюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С.63–68.

45. Клименюк В.П. Оптимізація долікарської допомоги сільським мешканцям : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 "Соціальна медицина" / В.П. Клименюк. – К., 2009. – 21 с.

46. Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации в рамках Территориальной программы / Под ред. А.М. Таранова, Н.А. Кравченко. – М.: Бимпа, 2000. – 344 с.

47. Кравченко Н.А. Проблемы методологии прогнозирования потребности в ресурсах здравоохранения в условиях перехода экономики к рынку [Текст] // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 3. – С. 12–18.

48. Кораблев В.Н. Анализ состояния и эффективности использования ресурсов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Хабаровского края // Власть и управление на Востоке России. – 2004. – № 4. – С. 22–27.

49. Фуфаев Е.Н. К вопросу о методике клинико-социальных исследований по изучению потребности в кардиохирургической помощи / Е.Н. Фуфаев // Качественная Клиническая Практика. – 2003. – № 2. – С.108–113.

50. Аперян М.С. Медико-организационные подходы к оценке спроса и потребления населением стоматологических услуг на муниципальном уровне (по материалам Юго-Восточного административного округа г. Москвы) : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33 "Общественное здоровье и здравоохранение" / М.С.Аперян. – М, 2006. – 24 с.

51. Хомяков С.М. Научное обоснование механизмов организации и планирования государственного (муниципального) задания на оказание стационарной помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы : дис. .... кандидата мед. наук : 14.00.33 / Хомяков Сергей Михайлович. – М., 2011. – 198 с.

52. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>

53. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>

54. Надутый К. О. Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання (81.13/140.13) / К. О. Надутый, В. М. Лехан, М. В. Шевченко. – К., 2013. – 23 с.

55. Сучасні підходи до удосконалення механізмів державного управління інформатизацією галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.telemed.org.ua/pages/files/gu.pdf>

56. Безруков В.В., Чайковська В.В. Вержиховська Н.В. Шляхи підвищення якості і доступності надання первинної медичної допомоги літнього і старечого віку (огляд літератури і власних досліджень)// Журн. акад. мед. наук України. – 2007, № 2. – с. 291-305

57. Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>

58. Шевченко М.В., Ященко Ю.Б., Надутий К.О., Купліванчук А.В., Кондратюк Н.Ю. Методичні рекомендації щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014–2016 роки// К., 2014. – 43 с.

59.

60. Шевченко М.В. Подальші напрями реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій» (тези доп.), Херсон, 2014

61. McKee M., Healy J. Hospitals in a changing Europe: options for Europe. – European Observatory on Health Care. Buckingham: Open University Press. – 2002

62. Медведовська Н.В. Функціонально-організаційна система моніторингу стану здоров'я населення та особливості її функціонування на регіональному рівні / Н.В.Медведовська // Інновації в медицині. – К., 2011. – Вип.7 (2). – С.56–57.

63. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В, Богатрьової. – К., 2012. – 561 с.

64. До питання стосовно кадрової політики в охороні здоров'я / В. М. Пономаренко,  
Г. М. Москалець, В. Б. Подрушняк, Н. В. Якутович // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 82–85.

65. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2009–2010 роки. – К. : Держ. заклад «Центр мед. статистики МОЗ України», 2011. – С. 65.

66. Москаленко В. Ф. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // Главный врач. – 2007. – № 1. – С. 32–40.

67. Розмір середньої заробітної плати в сфері охорони здоров'я, станом на 1 лютого 2011 року, становить 1591 грн (68 % середнього рівня по економіці), що є одним з найнижчих, після працівників рибальства й рибництва, сільського господарства та мисливства [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

68. Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутый, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – 2 (26). – С. 76–83.

69. Шевський В.И., Шишкин С.В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы// Главный врач. – 2009, № 12. – с. 42-69

70. Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»

71. Шип Д.Я., Слабкий Г.О., Рогач І.М. Динаміка діяльності служби екстреної медичної допомоги в умовах пріоритетного впровадження сімейної медицини в Закарпатській області// Україна. здоров'я нації. 2015. - №1 (33). – С.267-270

72. Качур О.Ю. Характеристика проекту госпітальних округів Житомирської області// Україна. здоров'я нації. 2013. - №4. – С.73-77

73. Наказ МОЗ України від 17.08.2012 № 637 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги»

74. Постанова КМУ від 14.09.2013 № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу»

75. Наказ МОЗ України від 28.10.2013 № 918 «Про проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу»

76. Шевченко М. В. Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 р. / М. В. Шевченко, Ю. Б. Ященко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2013, м. Київ, 04–05.04.2013 р. – 2013. – № 1 (21). – С. 288–289.

77. Методика встановлення надбавок за обсяг і якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я (284/39/13) / М. В. Шевченко, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2013. – Вип. 38–39. – С. 7–8.

78. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»

79. Наказ Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2013 № 693/633 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я».

80. Перелік нових бюджетних програм та їх індикативних показників на основі програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я (378/37/12) / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – С. 31–32.

81. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2008. – 36с.

82. Князевич В.М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України. Автореф. Дис..докт мед наук Київ, 2009.- 39с.

83. Толстанов О.К. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні. Автореф. Дис..докт мед наук Київ, 2012.- 39с.

84. Зозуля А.І. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку. Автореф. Дис..докт мед наук Київ, 2013.- 38с.

85. Матюха Л.Ф. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні. Автореф. Дис..докт мед наук Київ, 2013.- 38с.

86. Ярош Н.П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора: Автореферат дис.канд.мед наук. Київ, 2001 р.

87. Указ Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020».

88. Програма діяльності Кабінету Міністрів України. Постанова Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII.

89. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Київ, 2015- 39с.

90. Bender R. Calculating the "number needed to be exposed" with adjustment for confounding variables in epidemiological studies / R. Bender, M. Blettner // Journal of Clinical Epidemiology. – 2002. №55(5). P. 525–530.

91. Hutton J.L. Number needed to treat and number needed to harm are not the best way to report / J.L. Hutton // . –2009. – №146(1). P.27–30.

92. Laupacis A. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment / A. Laupacis D.L. Sackett, R.S. Roberts // The New England Journal of Medicine. – 1988. – № 318 (26).– P. 1728–1733.

93. Покупка медицинских услуг: [Электронный ресурс] / Софи Виттер // Режим доступа к журн. : <http://pubhealth.spb.ru/ECONDIST/part4.htm#Lit>.

94. Мнение врачей первичного звена в оценке потребности пациентов в хирургических методах лечения ишемической болезни сердца : [Электронный ресурс] / Л. А. Бокерия И. Н. Ступаков И. В. Самородская, Е. В. Болотова, Е. Н. Фуфаев // Кардиология и сердечно-сосудистая хірургія – 2008. – №1. – Режим доступа к журн. : <http://www.mediasphera.ru/journals/cardsurg/detail/419/6188/>.

95. Derivation of a needs based capitation formula for allocation prescribing budgets / [ Nigel Rice, Paul Dixon, David Lloyd, David Roberts]. – York : University of York, 1999. – 45 p.

96. Stevens A. Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews / A. Stevens, J. Raftery. – Oxford. : Raftery RadcliffeMedical Press, 2004. – 733 p.

97. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / [Аарва П., Маттіла У., Карі М. ті ін.]. ; під ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.

98. Пашков В.М. Проблемы державного регулювання правовідносин у галузі охорони здоров'я / В.М. Пашков // Український медичний часопис. 2005. – № 5 (49),IX/X . – С. 64–67.

99. Needs-Based Health Human Resources Planning: The Challenge of Linking Needs to Provider Requirements – 2007, found at

100. Верзилин Д.Н. Методология формирования стратегии развития социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации : автореф. дис. на соискание научн. степени докт. экон. наук : спец. 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством (по специализации экономика, организация и управление предприятиями, отраслями,



комплексами – сфера услуг)" / Д.Н. Верзилин. – Санкт-Петербург, 2004. – 42. с.

101. Гайдаров Г.М. Оптимизация планирования стационарной медицинской помощи населению муниципального образования в современных социально-экономических условиях / Г.М.Гайдаров, И.С. Кицул., В.Д. Кулеш, Т.И.Алексеевская // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 4. – С.13–16.

102. Вороненко Ю.В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник / Ю.В. Вороненко, В.М. Пащенко. – К. : Міжрегіональний видавничий центр "Медінформ", 2011. – 499, [141] с.

103. Бутова В. Г. Экономическое обоснование страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию. / В. Г. Бутова, Н. Г. Ананьева // Финансы . – 1994. – №1 . С. 38–50.

104. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденные Минздравом РФ, Федеральным фондом ОМС и согласованные с Минфином РФ. : [Электронный ресурс] / М.: 2000. – 64 с. – Режим доступа: [http://www.lawrussia.ru/texts/legal\\_456/doc456a799x203.htm](http://www.lawrussia.ru/texts/legal_456/doc456a799x203.htm) . – Название с титул. экрана

105. О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год : [Электронный ресурс] / Постановление Правительства РФ от 21 октября 2011 г. №856. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/>. – Название с титул. экрана.

106. Богатова Т.В. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы / Авт. коллектив: Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, С.В. Шишкин – М.: ООО "Пробел-2000", 2002. –

197 с. – (Препринт / Независимый институт социальной политики ; НИСП WP1/2002/07).

107. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104.> – Название с титул. Экрана.

108. R. A.Carr-Hill A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds / Carr-Hill R., Harman S A. – York : University of York. 1994. – 146 p.

109. Carr-Hill Roy A. A New Formula for Distributing Hospital Funds in England / Roy A. Carr-Hill, Geoffrey Hardman, Stephen Martin, Stuart Peacock, Trevor A. Sheldon and Peter C. Smith // Interfaces. – 1997.– V. 27. – P. 53–70.

110. Matthew S. Regional differences in health care delivery: implications for a national resource allocation formula / Sutton Matthew, Peter Lock // Health Economics. – 2000. – V.9. – P. 547–559.

111. Gilbert N. Targeting Social Benefits: International Perspectives & Trends / Neil Gilbert. – New Jersey. : International Social Security Association. 2000. – 233 p.

112. McKillop I. The Financial Management of Acute Care in Canada: A Review of Funding, Performance Monitoring and Financial Reporting Practices / I. McKillop, G.H. Pink, L.M. Johnson . – Toronto : Canadian Institute for Health Information, 2001. – 272 p

113. Neena L. Chappell Population Aging and the Evolving Care Needs of Older Canadians. An Overview of the Policy Challenges /. Chappell Neena L. – Toronto : IRPP Study, 2011. – 36 p.

114. Cavanagh S. Summary: Health needs assessment at a glance / Sue Cavanagh, Keith Chadwick. – London : HDA Regional Associate Directors and Practice Development Officers, 2004. – 105 p

115. Практическое Пособие для Руководителей Учреждений ПМСП. / [Хакимова М., Салихова Ф., Нурмухамедова Б. и др.]. – [Переработанное изд.]. – Ташкент. : ЮСАИД ЦБРП "Здоровье" МЗ РУз, 2004. – 161/

116. Правила оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядок использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения : [Электронный ресурс] / Постановление Правительства Республики Казахстан от 6 октября 2006 года №965. – Режим доступа: <http://ru.government.kz/documents/premlaw/102006>. – Название с титул. экрана

117. Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов на обязательное медицинское страхование отдельных групп населения в Республике Коми : [Электронный ресурс] / Постановление Правительства Республики Коми от 14 января 2010 г. №4. – Режим доступа: <http://zakon-region3.ru/2/39875/>. – Название с титул. экрана

118. Положение об оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования кемеровской области : [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://site.kemoms.ru/default.aspx?id=314>. – Название с титул. экрана

119. Порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования : [Электронный ресурс] / Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 58н. – Режим доступа: [bestpravo.ru/federalnoje/prikazy/page-7.htm](http://bestpravo.ru/federalnoje/prikazy/page-7.htm). – Название с титул. экрана

120. Евсеева А.Р. Реформирование системы финансирования здравоохранения как способ повышения качества медицинских услуг/ Евсеева А.Р., Тюякпаева А.А. // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2009. – № 4. – Режим доступа к журн. : [http://www.rppe.ru/?page\\_id=437](http://www.rppe.ru/?page_id=437).

121. Дарьин А. В. Совершенствование планирования и организации медицинской помощи в сельском муниципальном образовании : дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Дарьин Александр Викторович. – М., 2010. – 210 с.

122. Линденбратен А.Л., Шипова В.М., Ушакова Е.И., Дарьин А.В. Совершенствование планирования объема деятельности сети ЛПУ территорий (методические материалы). – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2008. – 72 с.

123. Шипова В.М. Подушевое финансирование в здравоохранении (оценка влияния возрастного-полового состава населения на объем и финансирование медицинской помощи) / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. – М.: Грантъ, 2001. – 144 с.

124. Дарьин А.В., Филиппова В.В. К вопросу о совершенствовании медицинской помощи на уровне сельского муниципального образования (по данным социологического опроса медицинских работников) // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – 2009 . – Вып. 4. – С. 56– 60.

125. Потребность в медицинской помощи населения в условиях государственных гарантий / И.П. Артюхов, К.А. Виноградов, Л.Л. Мелихов // Актуальные вопросы здравоохранения и медицинской науки: сб. науч. тр. – Красноярск, 2000. – С. 9–13.

126. Линок И.А. Оптимизация управления ресурсами в здравоохранении (на примере Томской области) : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.0033 "Общественное здоровье и здравоохранение" / И.А. Линок. – Кемерово, 2007. – 24 с.

127. Орлова Т.С. Оказание помощи медицинскими учреждениями в системе ОМС / Т.С. Орлова // Бухгалтерский учет в здравоохранении . – 2012. – № 2. – С. 62–72.

128. Joanis M. La santé au Québec : des options pour financer la croissance / M. Joanis, D. Boisclair, C. Montmarquette. – CIRANO Project Reports, 2004. – 78 p.

129. Организация медицинской помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики / Методические рекомендации / Калиниченко А.В., Финченко Е.А., Степанов В.В., Ганина А.В., Перекальская М.А., Цыцорина И.А., Браславец М.И, Гусев М.В. – Новосибирск, 2003.– 30 с.

130. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я України" / [ Малагардіс А., Рудий В., Ліннакко Е. та ін.]; під заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого. – К. : 2006. – 48 с. (Пропозиції щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України : у 4 кн.)

131. Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів : за станом на 1 червня 2012 р. / Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2010 № 1149. – Офіц. вид. – Офіційний вісник України. – 2010. – №92. – С.14

132. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі" [Електронний ресурс] / Режим доступа: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110715\\_420.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html). – Назва з титул. екрану

133. SFHGEN52. Research the needs of the local population for provision of health care services : [Електронний ресурс] / Режим доступа: <http://www.ukstandards.co.uk/NOS%20Directory/NOS%20PDF%20%20Skills%20For%20Health/ConversionDocuments/SFHGEN52.pdf>. – Назва з титул. Екрану

134. Assess & Monitor Needs of Target Population National Association of Community Health Centers. – NACHC, 2011– 4 p.

135. G. S. Birkhead, C. M. Maylaln State and Local Public Health Surveillance. In Principles and Practices of Public Health Surveillance / Birkhead G. S., Maylaln C. M. – New York: Oxford University Press, 2000. – 270 p.

136. Jamison D.T, Breman J.G., Measham A.R., et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition / D.T, Jamison , J.G. Breman, A.R.,Measham . – Washington (DC): World Bank, 2006. – 22 p.

137. Mustard C., Derksen Sh. A need-based funding methodology for regional health authorities: a proposed framework / C. Mustard, Sh.,Derksen. – Winnipeg : Monitoba Centre for Health Policy and Evaluation. 1997. – 26 p.

138. Антонова Г.А. Планирование медицинской помощи, ориентированное на пациента / Г.А. Антонова, М.В. Пирогов. – Экономика здравоохранения. – 2008. – №12. – С. 18–25.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1 . Бойко В. Я. Показники діяльності дитячої обласної лікарні (на прикладі Рівненської області) // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 75–77.

2. Шевченко М. В. Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування) керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їх заступників / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, В. Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 34–38 *(Дисертантові проведення соціологічного дослідження, обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

3. Медико-генетична допомога населенню Рівненської області: регіональні особливості та перспективи в умовах реформування медичної галузі / В. Я. Бойко, В. Б. Лепеха, М. С. Пасічник [та ін.] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 35–39. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

4. Бойко В. Я. Вивчення думки населення щодо надання медичної допомоги у Рівненській області (за даними соціологічного дослідження) / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації – 2012. – № 4 (24). – С. 107–111 *(Дисертантові належить ідея написання статті, проведення соціологічного дослідження, обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

5. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Загладь, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та

організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64 *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір, аналіз літературних даних, написання статті, формування висновків).*

6.Бойко В.Я. Аналіз звернень населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою/В.Я. Бойко// Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 36-43

7.Бойко В.Я. Характеристика поширеності хвороб серед населення Рівненської області/ В.Я. Бойко// Intermedical journal, 2015. 3(5) – С. 22–25

8.Бойко В.Я. Концептуальні підходи до реформування системи охорони здоров'я Рівненської області/ В.В.Лазоришенець, В.Я. Бойко// Економіка і право охорони здоров'я. 2018. -№1. – С.65-71*(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, формування концептуальних підходів, написання статті ).*

9. Бойко В. Я. Аналітичний огляд регіональних особливостей стану здоров'я населення та санітарно-епідемічної ситуації. Рівненська область / В Я. Бойко, Ф.П.Ринда // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік / за ред. О.В.Аніщенко – К., 2011. – С.343-352 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання розділу, формування висновків).*

10. Бойко В. Я. Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Рівненська область / В. Я. Бойко, Ф.П.Ринда // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік / за ред. О.В.Аніщенко. – К., 2011. С.429-439 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання розділу, формування висновків).*

11.Бойко В. Я. Аналітичний огляд регіональних особливостей стану здоров'я населення та санітарно-епідемічної ситуації. Рівненська область/ В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 342–352 *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання розділу, формування висновків).*



12.Здоров'я населення Рівненщини та організація медичної допомоги (за даними управлінського аудиту). 2011 : [монографія] / Г. О. Слабкий, В. Я. Бойко, М. В. Шевченко [та ін.]. – Рівне., 2011. – 141 с. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу, написання окремих розділів, формування висновків).*

13.Кондратюк Н. Ю. Розвиток вторинної медичної допомоги / Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська, В. Я. Бойко // Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання. – К., 2014. – С. 25–27. *(Дисертантові належить збір та аналіз матеріалу, написання розділу).*

### **Опубліковані наукові праці апробаційного характеру**

14.Підходи до визначення обсягу та вартості медичних послуг по різних рівнях надання допомоги / М. В. Шевченко, М. М. Максимчук, М. Г. Вовк, [О. О. Заглада, В. Я. Бойко] // Історія утворення і становлення товариства київських лікарів (до 170-ї річниці його утворення) : матеріали Всеукр. наук.- практ. конф. – К., 2010. – С. 175–177

15.Медико-етичні питання надання медичної допомоги пацієнтам із розладами психіки і поведінки сімейними лікарями / Н. П. Кризина, В. Я. Бойко, В. Г. Шпак [та ін.] // Сімейна медицина (спецвипуск). – 2011. – № 3 : тези доп. III з'їзду сімейних лікарів, м. Дніпропетровськ, 19–21 жовт. 2011 р. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 141.

16.Постаріння населення як один із чинників запровадження нових підходів до організації медичного обслуговування / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко, О. А. Мендрік, [Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 1 (17) ; Старіння та здоров'я : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р, м. Київ, 5–6 квіт. 2012 р. : тези доп. – К., 2012. – С. 143–144.

17.Бойко В. Я. Аналіз обсягів надання населенню різних видів медичної допомоги (на прикладі Рівненської області)/ В. Я. Бойко,

М. В. Шевченко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – Спец. вип. : Матеріали V з'їзду спеціалістів з соц. медицини та організаторів охорони здоров'я України, м. Житомир, 11–12 жовт. 2012 р. : тези доп. – К., 2012. – С. 9

18.Бойко В. Я. Обґрунтування рівнів споживання медичної допомоги населенням (світовий досвід) / В. Я. Бойко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31 трав. 2013 р. : тези доп. – С. 4–8.

19.Бойко В. Я. Підходи до організації та планування медичної допомоги відповідно до потреб населення / В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31 трав. 2013 р. : тези доп. – С. 8–12.

20.Бойко В.Я. Економічні втрати Рівненської області внаслідок хвороб дорослого населення/ В.Я. Бойко// Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 : тези доп. наук.-практ. конф. «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», м. Київ, 24–25 жовт. 2013 р. – Київ, 2013. – С.120–121.

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи*

21. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / уклад. : Г. О. Слабкий, В. П. Лисак, Ю. Б. Ященко, [М. К. Хобзей, О. І. Левицький,, М. В. Шевченко, М. М. Максимчук, З. Г. Крушинська, В. Я. Бойко, В. Г. Слабкий, О. К. Толстанов] – К., 2010 – 28с.

22.Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги : метод. рекомендації / уклад. : Г.О. Слабкий, В.П. Лисак, Ю. Б. Ященко, [М. В. Шевченко, М. К. Хобзей,

Р. О. Моїсеєнко, В. Я. Бойко, Г. Я. Пархоменко, О. Б. Олексюк, В. Г. Слабкий, Л. Ф. Матюха, С. В. Збітнева, Т. М. Бухановська]. – К., 2010. – 24с.

23. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги : метод. рекомендації / уклад. : Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, В. П. Лисак, [Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко, М. К. Хобзей, В. Я. Бойко, Г. Я. Пархоменко, В. Г. Слабкий, О. Б. Олексюк]. – К., 2010. – 24 с.

24. Методологія розрахунку потреб населення у медичній допомозі. Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, М. В. Шевченко, [В. Я. Бойко, О. О. Дорошенко, Н. В. Некрасова] // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. № 374/37/12. – 2012.

25. Механізми розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, В. П. Лисак, [Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко, М. К. Хобзей, В. Я. Бойко, Г. Я. Пархоменко, В. Г. Слабкий, О. Б. Олексюк] // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 375/37/12. – 2012.

**Розрахунок вибіркової сукупності**

Розрахунки обсягів вибіркової сукупності населення

$$n = \frac{1158800 \times 2 \times 0,5}{1158800 \times 0,05 + 2 \times 0,5} \approx 400$$

Генеральна сукупність:

Населення в області – 1158,8 тис осіб;